

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2023

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 8 avril 2013)**

présentée et soutenue publiquement
le 12 Juin 2023 à POITIERS
par **Madame TAZDAIT Wyssem Lydia**

Antidépresseurs et prise de poids.
Intérêt d'un atelier d'éducation thérapeutique et premiers
éléments d'organisation.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard.

Membre : Monsieur CHAUVIN Baptiste, Pharmacien d'officine.

Directeurs de thèse : Madame la Docteur BEUZIT Karine, Pharmacien Hospitalier.
Et Monsieur le Professeur DUPUIS Antoine, PU-PH.

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A mes directeurs de thèse, madame Karine BEUZIT pour votre accompagnement tout au long de ce travail mais également pour votre réactivité, votre disponibilité et votre soutien. Et monsieur Antoine DUPUIS pour vos précieux conseils. Merci à tous les deux pour vos relectures et votre suivi lors de ces recherches mais également de m'avoir fait confiance dans le choix de ce sujet de thèse.

A monsieur Fauconneau, merci infiniment de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous témoigne ma plus grande gratitude et mon plus profond respect.

A Baptiste Chauvin, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury sans hésitation et pour tes précieux conseils tout au long de mon cursus de pharmacie.

A mes parents, sans qui tout ceci n'aurait pas été possible, je vous dois toutes mes réussites, tous mes projets. Vous m'avez toujours soutenue, encouragée, motivée et cru en moi. Merci d'être mes meilleurs amis, les piliers de ma vie. Comme papa le dit toujours on est une équipe et cette thèse c'est à vous que je la dédie. A toutes les fois où maman nous répète « Zen mon frère ». Merci d'être l'exemple auquel j'aspire à ressembler chaque jour.

A ma sœur Hanna, ma jumelle malgré nos deux ans d'écart. Celle qui m'a toujours comprise et qui a toujours été attentive à mes moments de stress et de fatigue, merci d'avoir été là toute ma vie merci pour ton soutien infailible et la sagesse de tes mots dans toutes les situations.

A Hatem, qui m'a toujours encouragée, cru en moi et est constamment fier de moi. A nos soirées Uber Eat, à nos midis RU des riches, à nos DP, à toutes nos private jokes, à notre complicité et au succès de nos études dont l'exigence nous a rendue plus forts.

A Salim, qui en plus d'être le meilleur des beaux frères a été d'excellents conseils dans la rédaction de cette thèse.

A mes copines Team P, Adeline, Dounia, Elodie, Manon et Eugénie, merci pour toutes nos soirées crêpes, raclettes, les anniversaires, les Galas mais aussi pour votre soutien pendant nos après-midi BU et à toutes nos pauses cafète.

A la team Factuelles, Aurélie, Ines , Isabel et Lena, merci pour nos fou rires , nos sorties champignon et nos après-midi gouter. Hâte de skier sur de nouvelles aventures.

A Marvy, qui en plus d'avoir été une superbe voisine a toujours été là dans les moments difficiles, à notre 3eme année de pharmacie qui même si a été la plus dure a quand même été la plus drôle, et à toutes les cerises que tu m'as apprises à cueillir.

A mes sœurs de cœur, Djida et Chahinez que j'ai l'impression de connaitre depuis toujours et qui ont embelli mon année 2023. Il me tarde de continuer nos voyages découverte entre copines.

A mes nouveaux copains Aymen et Naoufel, avec qui il me tarde d'assister à tous les festivals du monde.

A ma tante Karima qui a été ma première baby Sitter et qui m'a toujours répétée que les études ne finissaient jamais mais qu'on n'avait pas le choix et qu'il fallait toujours exceller. Merci d'être toujours présente en toutes circonstances.

A toute ma famille d'Algérie, d'Espagne, de Suède et de France pour votre soutien.

A mes copines depuis toujours, Insaf qui malgré la distance, nos retrouvailles à Oran restent les mêmes depuis qu'on a 12 ans, Marwa, mon premier binôme depuis 2012 à tous nos TD, TP à nos nuits blanches révision de dernière minute, à Marie ma binôme de PACES, merci pour toutes nos soirées sushis et nos pauses gouter.

Aux garçons de Paris, Hamid, Halim, et les jumeaux Manil et Ilyes, à toutes nos soirées halloween et nos sorties parisiennes.

A Anna, pour toutes nos escapades shopping et nos soirées papotage, hâte de te rendre visite dans ta nouvelle vie à Paris.

A mes collègues de la pharmacie du Planty, qui m'ont formée, soutenue, aidée et accueillie dans l'équipe

Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières	6
Liste des abréviations	8
Liste des figures	9
Liste des tableaux.....	9
Introduction.....	10
PARTIE I : Généralités	
I. Dépression et antidépresseurs	13
A. Définition de la Dépression	13
B. Mécanisme d'action des antidépresseurs et prise de poids	13
1. Action centrale.....	13
2. Action périphérique	17
3. Autres mécanismes.....	17
II. Prise de poids, observance et éducation thérapeutique.....	20
A. Observance des patients	20
B. Éducation thérapeutique	21
1. Éducation thérapeutique dans la prise de poids.....	21
2. Fréquence des ateliers thérapeutiques	22
3. Les outils pédagogiques de l'éducation thérapeutique dans la prise de poids.....	22
PARTIE II : Travail de thèse	26
Objectifs.....	27
III. Matériel et méthode	28
A. Étude Qualitative	28
B. Entretien individuel	28
C. Choix de l'entretien semi dirigé.....	29
D. Guide d'entretien	29
E. Critères d'inclusion	33
F. Critères d'exclusion.....	34

G.	Temps consacré aux entretiens	34
H.	Échantillon étudié	34
I.	Modalités de recrutement de la population étudiée	35
J.	Déroulement des entretiens	38
IV.	<i>Résultats</i>	39
A.	Population étudiée	39
B.	Analyse du questionnaire	40
V.	<i>Discussion</i>	51
VI.	<i>Conclusion</i>	59
VII.	<i>Références bibliographiques</i>	60
VIII.	<i>Annexes</i>	63
IX.	<i>Résumé et mots clefs</i>	67

Liste des abréviations

ALD : Affections Longues Durée

APA : Activité Physique Adaptée

ATC : Antidépresseur TriCyclique

ATCD : AnTéCéDents

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

EDM : Épisode Dépressif Majeur

ETP : Éducation Thérapeutique

EP : Entretien Pharmaceutique

H1 : Récepteurs Histaminergiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine-Oxydase

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

MAO : Mono Amine-Oxydase

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PS : Professionnel de Santé

SERT : Récepteur de la Recapture de la Sérotonine

TDM : Trouble Dépressif Majeur

TNF- α : Tumor Necrosis Factor

5-HT_{2C} : Récepteurs Sérotoninergique

Liste des Figures

Figure 1 : Mécanismes d'action suggérés dans la prise de poids liée aux antidépresseurs.....	19
Figure 2 : Exemple d'une carte conceptuelle réalisée pour les patients diabétiques.....	23
Figure 3 : Localisation de chaque pharmacie.....	37
Figure 4 : Effets indésirables, autres que la prise de poids, déclarés par les patients.....	43
Figure 5 : Professionnels de santé sollicités par les patients.....	46
Figure 6 : Fréquence idéale des ateliers d'ETP selon les patients.....	49

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Catégories socio-professionnelles des patients ayant répondu au questionnaire	40
Tableau 2 : prescription d'antidépresseurs chez les patients ayant répondu au questionnaire	41
Tableau 3 : Durée de prise des traitements antidépresseurs des patients volontaires.....	42

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le nombre de personnes touchées par la dépression a augmenté de 18,4 % entre 2005 et 2015. En 2015, la dépression a concerné globalement 322 millions de personnes dans le monde, ce qui représente 4,4% de la population mondiale. [1]

Selon l'OMS, le Trouble Dépressif Majeur (TDM) sera d'ailleurs d'ici 2030 la deuxième cause d'invalidité dans le monde. [1], [2]

En France la prévalence des épisodes dépressifs a aussi augmenté. La tendance, déjà amorcée depuis 2010, a connu une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, en particulier chez les jeunes adultes. [3]. De ce fait, en 2021, 12,5% des personnes âgées de 18-85 ans auraient vécu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois. [3]

Ainsi, et afin de pallier cette hausse, de nombreux traitements contre la dépression existent mais présentent plusieurs effets indéniables. Les grandes classes d'antidépresseurs sont les Inhibiteurs de la Monoamine-Oxydase [IMAO], les Antidépresseurs TriCycliques [ATC], les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine [ISRS] et les Inhibiteurs de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline [IRSN]). Les trois effets les plus fréquents et invalidants pour les patients sont les dysfonctions sexuelles, les nausées/vomissements et les variations pondérales. La prise de poids est donc largement connue comme un effet indésirable associé à l'utilisation d'antidépresseurs. [1], [2]

Ainsi, une récente étude clinique ayant suivi les conséquences d'un traitement antidépresseur (ISRS, IRSN) au long cours (6 à 36 mois) chez 362 patients montre une prise de poids de plus de 7 % en fin de traitement par rapport au début. [2]

Parmi les études ayant un suivi supérieur à 10 ans, il a été rapporté que le risque d'augmentation du poids de plus de 5 % était 21 % plus élevé chez les sujets traités par antidépresseurs par rapport aux sujets non traités après 10 ans de suivi. [2], [4]

Patten et al ont d'ailleurs indiqué une prise de poids de +5,0 kg chez les personnes âgées de 18 à 65 ans prenant des antidépresseurs, par rapport aux personnes atteintes de dépression qui ne prenaient pas de médicaments pendant 13 ans de suivi. [2], [5]

Cette prise de poids est telle qu'elle a pour conséquence de modifier de façon évidente l'Indice de Masse Corporelle (IMC) des patients qui passe généralement d'un poids normal ou léger surpoids à une obésité modérée, voire à une obésité sévère. [6]

D'autre part, s'il faut attendre plusieurs semaines pour que les antidépresseurs puissent démontrer une pleine efficacité, leurs effets indésirables apparaissent beaucoup plus rapidement et peuvent être la source d'une mauvaise observance. Cet aspect a pour conséquence de limiter l'utilisation de ces molécules et donc de réduire les chances de traiter l'épisode dépressif.

Comme la prise de poids et l'obésité sont des problèmes de santé graves dans la population générale, la prise de poids supplémentaire associée aux antidépresseurs pose de multiples risques pour la santé [2] et conduit également à la non-observance du traitement, ce qui contribue à des rechutes et à des hospitalisations. [1], [4]

Afin de limiter ces effets et pour une meilleure prise en charge du patient, plusieurs études ont montré que l'éducation thérapeutique (ETP) a prouvé son bénéfice dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques [7]. A titre d'exemple Zeigler et al ont rapporté que les programmes d'ETP dans la prise en charge de l'obésité ont permis aux patients de modifier certaines croyances par une approche axée sur le contrôle du poids, les conséquences sur l'image corporelle, l'estime de soi mais aussi la qualité de vie. [8]

Certains programmes d'ETP ont spécifiquement ciblé la prise de poids pour causes médicamenteuses [9] et ont notamment pu démontrer une efficacité des programmes d'ETP dans la prise en charge des patients schizophrènes et de leur prise de poids. [10]

Mais aucun travail de recherche n'a étudié, à ce jour, la possibilité de la mise en place d'un atelier d'ETP dans la prévention et la prise en charge de la prise de poids suite à un traitement antidépresseur bien que ces traitements soient largement décrits comme responsables d'importantes modifications pondérales. C'est dans cette optique qu'est réalisé ce sujet de thèse à travers une étude qualitative qui vise à évaluer la pertinence et l'intérêt des patients concernant des ateliers d'ETP dans la prévention et la prise en charge de la prise de poids suite à leur traitement antidépresseur.

Ce travail, à partir des réponses des patients, a également pour objectif d'identifier certains éléments importants pour l'élaboration d'un futur programme d'ETP.

Partie I : Généralités

I. Dépression et antidépresseurs

A. Définition de la Dépression

Cette pathologie se caractérise par des perturbations de l'humeur telles que la tristesse et la perte de plaisir. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi-même. Elle dure plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne (perte du sommeil, troubles de l'appétit et du désir sexuel, perte des performances intellectuelles, isolement...). [11]

Un dérèglement de la production et de la capture de 3 neurotransmetteurs majeurs est à l'origine du développement de l'épisode dépressif majeur :

- La sérotonine qui a pour fonction d'équilibrer le sommeil, l'appétit via un phénomène de « food craving » ;
- La dopamine, responsable de la régulation de l'humeur et de la motivation ;
- La noradrénaline qui gère l'attention, le sommeil, l'humeur et le poids. [12]

B. Mécanisme d'action des antidépresseurs et prise de poids

1. Action centrale

a) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

Comme l'indique leur nom, ils bloquent la recapture de la sérotonine au niveau présynaptique en inhibant le transporteur de la sérotonine (SERT). La sérotonine reste donc plus longtemps au niveau de la fente synaptique et permet une stimulation plus importante des récepteurs sérotoninergiques post-synaptiques. [13][14]

Les ISRS sont associés à une prise de poids dans les traitements à moyen et long terme (de 3 mois à 18 ans de suivi). Une étude a notamment démontré que cette famille de molécule entraînait un phénomène de « food craving » qui correspond à un comportement compulsif envers la nourriture. L'individu développe une appétence particulière pour les glucides visant à augmenter l'activité sérotoninergique cérébrale et à combler le déficit. [9]

La Paroxétine est l'ISRS qui a été le plus fréquemment associé à un gain de poids suivi du Citalopram. [15]

La Fluoxétine, l'Escitalopram et la Sertraline, ont également démontré une association positive entre leur consommation et une prise de poids. [15]

b) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Les IRSNA sont des inhibiteurs puissants de la recapture de la sérotonine (inhibition du SERT) et de la noradrénaline (inhibition du NAT). L'inhibition du NAT augmente également la dopamine dans le cortex préfrontal. [13]

Il a été démontré que la noradrénaline régule l'humeur et le poids. [16] L'inhibition combinée de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline semble avoir un léger effet de perte de poids lors d'une utilisation aiguë, suivi d'une prise de poids lors d'une utilisation prolongée. [14], [17] Les antagonistes aux récepteurs adrénergiques sont connus pour être des inducteurs de l'appétit. [9]

La Venlafaxine et la Duloxétine sont les IRSNA qui ont le plus démontré une association positive entre leur consommation et une prise de poids. [15]

c) Inhibiteurs de la monoamine oxydase

Les IMAO ont pour rôle d'empêcher la monoamine (MAO) d'exercer son rôle de dégradation des amines.

Les médicaments les plus récents diffèrent des anciens IMAOs au moins sur deux points fondamentaux :

- La sélectivité soit pour la monoamine oxydase A, soit pour la monoamine oxydase B.
- La réversibilité de la liaison qui conduit à l'inhibition enzymatique.

Le mécanisme de l'action antidépressive est lié à une inhibition de la dégradation des monoamines cérébrales (indolamine, sérotonine, tyramine, phényléthylamine et tryptamine, catécholamines : dopamine, noradrénaline, adrénaline). [13]

d) Antidépresseurs tricycliques (Imipraminiques)

Les Imipraminiques, parfois appelés Tricycliques, sont des dérivés de l'imipramine.

Les effets reposent sur une diminution de la recapture présynaptique de la noradrénaline et de la sérotonine. On observe également pour la plupart d'entre eux une diminution de la dégradation des amines, un blocage du rétrocontrôle inhibiteur, une action au niveau des seconds messagers.

Les Imipraminiques sont pharmacologiquement des substances peu spécifiques. Par ailleurs, ils ont une composante histaminergique entraînant un effet sédatif et leurs propriétés anticholinergiques centrales et périphériques, sérotoninergiques et adrénolytiques sont à l'origine d'effets indésirables. [13]

Parmi les causes responsables de la prise de poids sous antidépresseur, là encore, la neurotransmission monoaminergique y joue un rôle important. Le blocage des récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{2C} et histaminergique H₁ est directement responsable de la prise de poids. [17] , [18]

En effet, les médicaments présentant une affinité élevée pour le blocage des récepteurs H₁ sont associés à une faible satiété et à une augmentation de l'envie de glucides. Cela conduit à une augmentation de l'apport calorique et à une prise de poids ultérieure. De plus, le blocage des sites anticholinergiques est associé à une augmentation de l'appétit, facilitant encore les effets de prise de poids. [17]

Les antidépresseurs tricycliques ont montré qu'au cours des 6 à 9 premiers mois de traitement continu, un gain mensuel linéaire de 0,6 à 1,4 kg est observé. [19]

L'Amitriptyline a été associée à une prise de poids lors de traitements à court terme (4-12 semaines). [1]

e) Antidépresseurs Atypiques

Les antagonistes alpha 2 représentés par la Mirtazapine et la Miansérine sont des antidépresseurs avec une cible pharmacologique différente des autres antidépresseurs. Ils sont antagonistes des récepteurs pré-synaptiques inhibiteurs noradrénergiques.

L'activité s'effectue via une augmentation de la neurotransmission noradrénergique par blocage des autorécepteurs alpha 2. L'augmentation de la neurotransmission noradrénergique stimule les récepteurs alpha 1 situés sur les fibres sérotoninergiques et conduit à une libération de 5-HT. Par ailleurs, certains antagonistes alpha 2, comme la Mirtazapine, bloquent aussi les récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃, permettant d'éviter les manifestations d'anxiété, d'agitation, d'insomnie ou les effets atropiniques. [13]

Les mécanismes de prise de poids avec ces molécules s'expliqueraient par une perte des dépenses énergétiques provoquée par des états de fatigue et d'apathie.

Ainsi, les mécanismes de prise de poids diffèrent en fonction des molécules. Les ISRS, les ISRNA, les IMAO et les ATC provoquent une augmentation de l'appétit et une diminution de la satiété.

Certains ATC et les antidépresseurs atypiques provoquent, quant à eux, une somnolence, une sédation et une perte de motivation.

Ces deux mécanismes, bien que différents, provoquent au final le même résultat qui est la prise de poids.

Au-delà de ces effets, certains effets périphériques concourent également à une forte augmentation pondérale.

2. Action périphérique

Les effets périphériques produisent un changement de poids par le biais de composants de la circulation périphérique qui fournissent un retour d'information aux circuits neuronaux impliqués dans la satiété et la faim. Des changements dans les concentrations de certaines substances, comme le glucose, ont été associés à des modifications du comportement alimentaire. [17], [20]

C'est le cas avec l'utilisation des IMAO qui peut entraîner une hypoglycémie chez certains patients. Cette baisse du taux de glucose sanguin peut produire des effets stimulant la faim, augmentant ainsi l'apport calorique. [9], [16] , [16]

Cependant, certains changements périphériques peuvent induire un changement de poids sans augmentation de l'apport calorique, ce qui suggère que la prise de poids peut être le résultat de processus métaboliques aberrants par opposition à une augmentation de l'appétit et de l'apport alimentaire.[17] Certains antidépresseurs sont également associés à une altération du développement du tissu adipeux, en particulier pendant le processus de différenciation des adipocytes. Ceci a des implications importantes pour le poids, car le tissu adipeux agit comme un réservoir de calories, jouant un rôle critique dans la régulation homéostatique de l'énergie systématique. Cela conduit à une prise de poids sans augmentation de la prise alimentaire. [17], [21] Par conséquent, les résultats actuels suggèrent que la prise de poids liée au traitement peut être liée à des changements cellulaires induits par le médicament par le biais d'effets sur les systèmes périphériques.

3. Autres mécanismes

À ce jour, il n'existe aucun marqueur permettant de prédire quels patients auront la plus grande variation de poids induite par les antidépresseurs. Dans une étude, 24 patients prenant plusieurs classes différentes d'antidépresseurs ont été examinés à la recherche de facteurs prédictifs d'un changement de poids futur, tels que les taux plasmatiques de leptine et de facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α). Il est intéressant de noter qu'en dépit de tout rapport de nausées au cours de la première semaine, tous les patients qui ont eu la plus forte prise de poids au début de l'étude ont eu les plus fortes augmentations à la fin de l'étude. [22]

Une autre difficulté pour aborder la prise de poids induite par les antidépresseurs est que de multiples mécanismes influencent le poids corporel. [19] Ces mécanismes sont liés à :

- Des facteurs liés à la maladie (changements dans l'activité physique, anomalies neuroendocriniennes ou métaboliques et modification de l'appétit) ;
- Des facteurs liés à l'amélioration de l'état du patient (changements alimentaires, changements dans les activités physiques, normalisation ou amélioration endocrinienne et métabolique) ;
- Et enfin à des facteurs induits par le médicament (effets sur la transmission monoaminergique, effets des systèmes neuroendocriniens et modifications des neuropeptides).

Tous ces facteurs se combinent pour exercer des effets centraux et périphériques sur l'appétit et le poids corporel, bien que l'on ne sache pas actuellement quels facteurs prédominent dans les différentes classes d'antidépresseurs. Il est clair que la question de la prise de poids induite par les antidépresseurs présente de multiples facettes.[22]

La figure 1 résume les mécanismes d'action suggérés dans la prise de poids liée aux antidépresseurs. [17]

Figure 1 : Mécanismes d'action suggérés dans la prise de poids liée aux antidépresseurs

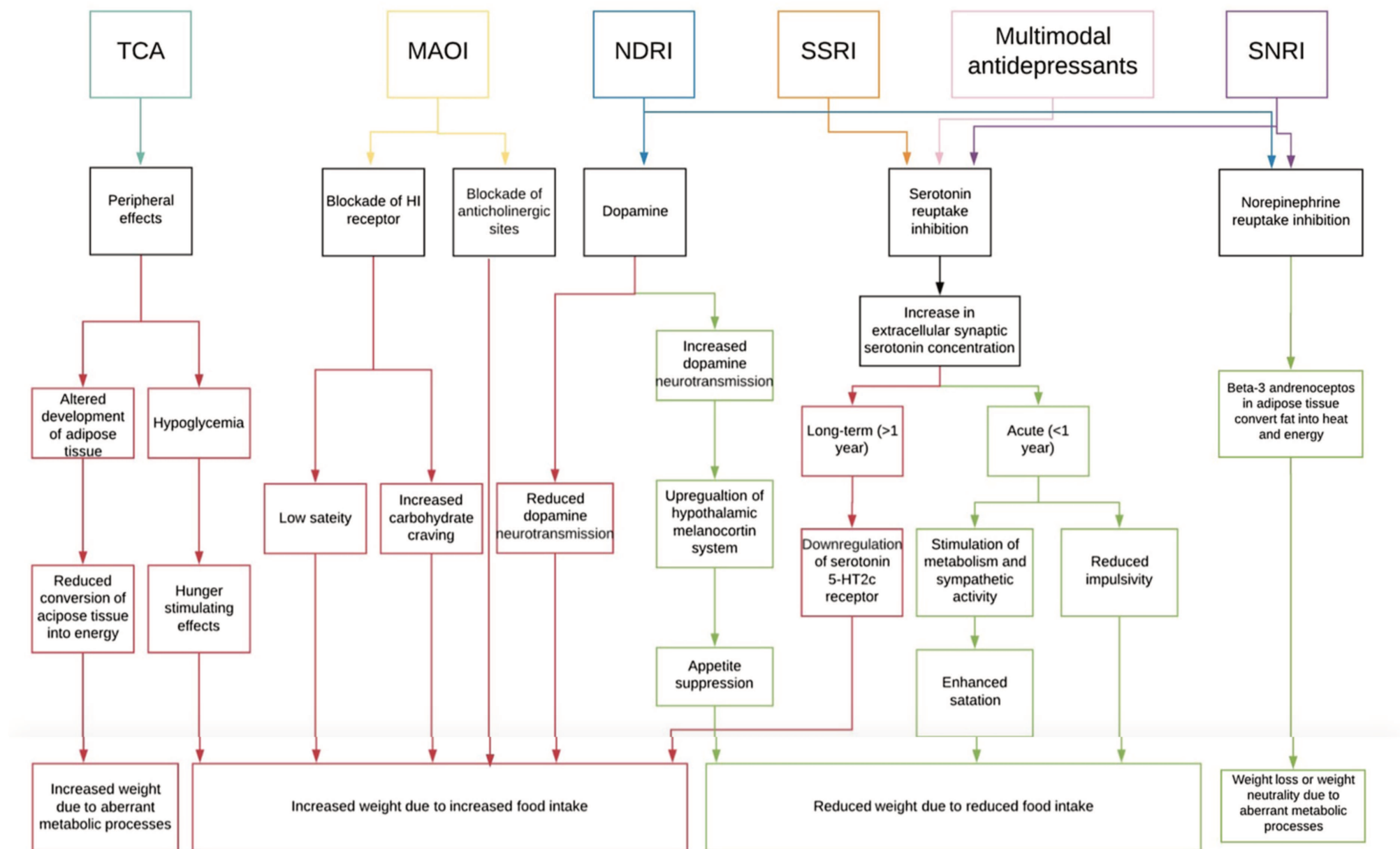


Figure 1 Proposed mechanisms of treatment-emergent weight gain for specific antidepressant classes, where green lines represent weight-loss or weight-neutral processes and red lines indicate processes of weight gain.

Ces mécanismes de prise de poids induits par les traitements antidépresseurs posent une importante question de la répercussion sur la qualité de vie des patients et semblent être un frein à une bonne observance.

II. Prise de poids, observance et éducation thérapeutique

A. Observance des patients

L'observance médicamenteuse représente un comportement dynamique, variable dans le temps et dans la forme.

Elle peut se définir, de façon « opérationnelle », comme le rapport entre le nombre de prises de médicaments effectives sur une période donnée et le nombre total de prises de médicaments prescrites sur cette même période. [23]

L'inobservance thérapeutique se définira comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales.

« La peur » des effets indésirables en faisant basculer la balance bénéfice/risque perçue par le patient vers le risque est corrélée à un risque de non-adhésion au traitement médicamenteux.

Les répercussions d'un défaut d'observance sont d'ordre médical (perte de bénéfices immédiats et/ou à long terme) et économiques (coûts directs et indirects). [23]

Lors de la constatation d'une prise de poids liée aux médicaments, le patient peut présenter un défaut d'observance qui contribuera, dans la plupart des cas, à un échec de la thérapeutique, voire un rebond de la maladie. [8]

Une étude portant sur les ATC a, d'ailleurs, montré que 44 % des patients ayant pris du poids sous Amitriptyline, avaient arrêté leur médicament au bout de six mois. [9][18]

Face à des médicaments engendrant une prise de poids, la bonne compliance du patient dépendra en partie de l'encadrement par les professionnels de santé, d'où l'importance de l'ETP.

B. Éducation thérapeutique

L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Selon l'OMS, l'ETP du patient vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique conçue pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leurs maladies et leurs traitements, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. [24]

1. Éducation thérapeutique dans la prise de poids

L'ETP de la personne en surpoids et/ou obèse a largement fait ses preuves, notamment du fait que les patients portent un intérêt particulier à ces ateliers.

En effet, compte tenu de sa composante multidisciplinaire en associant les rééquilibrages alimentaires, la pratique d'activité physique et le suivi psychologique, elle offre au patient une prise en charge globale visant à enrichir ses compétences quelles que soient les causes ayant provoqué ces modifications pondérales. [6]

D'autre part, de nombreuses études se sont concentrées sur la réalisation d'ETP chez des patients avec une importante prise de poids pour cause médicamenteuse [10] notamment avec des médicaments antipsychotiques [10] qui semblent provoquer les mêmes effets indésirables que les traitements antidépresseurs mais avec des mécanismes d'action différents.

Par contre, aucun programme d'ETP ne s'est spécialement consacré, à ce jour, à la prise en charge de la prise de poids chez des patients sous antidépresseurs. C'est dans ce but qu'est réalisé ce sujet de thèse, afin d'étudier auprès des patients concernés l'intérêt qu'ils y verraient et leurs motivations à assister à ce type d'atelier. Le but est également d'établir les

premiers éléments d'organisation d'un ETP spécialement dédié aux patients sous antidépresseurs afin de bien leur expliquer les mécanismes d'action de chacune de leurs molécules et de permettre une prise en charge spécifique et adaptée à chaque patient.

Il existe plusieurs outils pédagogiques utilisés lors de ces ateliers et nombreux d'entre eux ont fait leurs preuves dans la prise en charge de la prise de poids, de l'obésité et d'autres pathologies métaboliques.

2. Fréquence des ateliers thérapeutiques

La fréquence des programmes d'ETP dépend des structures qui les proposent. Certains ateliers sont organisés de façon bisannuelle, d'autres, comme le CHU de Montpellier les proposent de façon hebdomadaire. Ce dernier a d'ailleurs été reconnu centre de référence pour la prise en charge de l'obésité avec un projet multidisciplinaire. [25]

3. Les outils pédagogiques de l'éducation thérapeutique dans la prise de poids

a) La carte conceptuelle

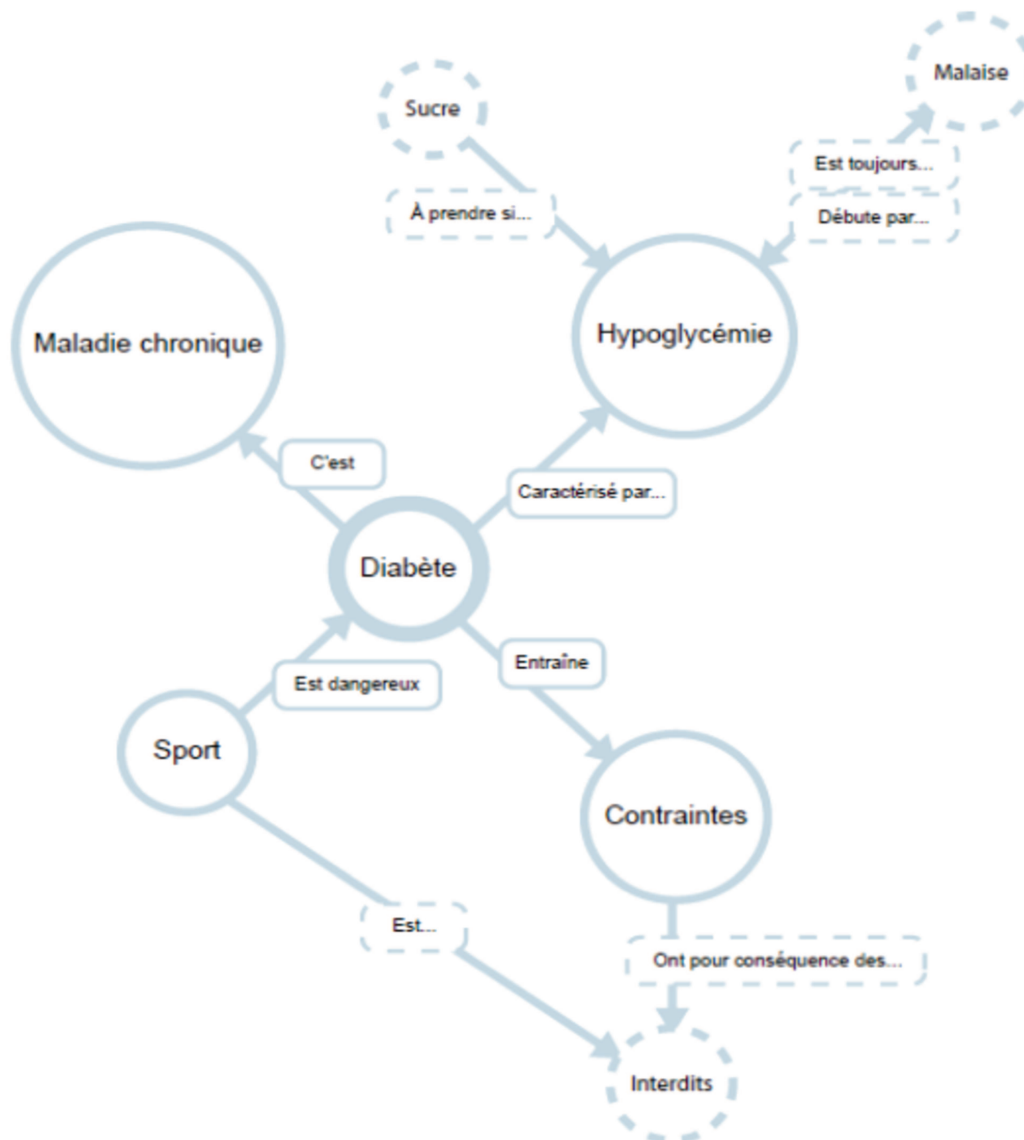
Il s'agit d'une technique simple mais ludique utilisée en séance individuelle ou collective qui consiste à construire un schéma à partir d'un ensemble de mots clés tout en expliquant le lien qui les relie : freine, favorise ...etc.

C'est l'une des techniques les plus connues en *mind-mapping* car elle permet de structurer un grand nombre d'information en sollicitant les compétences de compréhension, de mémorisation et de créativité chez les patients.

Elle est préconisée aussi pour favoriser le dialogue et l'échange au sein du groupe afin que les patients puissent porter un regard critique et évolutif envers leurs représentations. [26]

Voici, ci-dessous un exemple d'une carte conceptuelle réalisée pour les patients diabétiques.

Figure 2 : Exemple d'une carte conceptuelle réalisée pour les patients diabétiques.
(Source : INPES : Boite à outils pour les formateurs en éducation du patient)



b) Le jeu de rôle

Il s'agit d'une technique d'apprentissage sociale, professionnelle et thérapeutique enrichissante qui est basée sur la simulation et l'improvisation de situations et de scènes en rapport avec un thème précis. Dans le cadre de l'ETP, les participants sont confrontés à des scénarios inspirés de leur quotidien dans le but de les aider à explorer toutes les significations et les possibilités de réaction.

Cette méthode éducative, permet, grâce à la mise en action et l'analyse *à posteriori* par les patients du groupe, une prise de conscience pouvant être à l'origine d'un changement de comportement. [26] C'est d'ailleurs ce que montrent les résultats de *Prevost et al* dans la prise en charge de l'obésité. [6]

c) L'écoute active

Il s'agit une technique de communication non directive qui repose sur une écoute bienveillante, le questionnement et la reformulation. Elle est souvent utilisée dans l'ETP en raison de l'aide qu'elle apporte à la compréhension du patient et à la construction d'une relation de confiance entre le soignant éducateur et le malade chronique. [26]

Cette méthode, a démontré une grande efficacité avec des résultats très intéressants dans de nombreuses publications et revues. Une étude suisse ayant utilisé l'écoute active comme outil d'ETP ainsi qu'un suivi multidisciplinaire a déclaré que 30,1% des patients obèses ont pu diminuer leurs poids de plus de 5% en un an, et que 23,6% ont baissé leurs poids de plus 2,5%. [27]

d) L'entretien motivationnel (EM)

L'EM est une technique de communication directive et un état d'esprit utilisé dans l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. Cette façon d'être permet dans le cadre de l'ETP de faire face aux situations d'ambivalence en amorçant un changement de comportement. Ce dernier ne pouvant être déclenché que par le patient, l'éducateur ne fait que l'aider à se motiver.

Une revue de la littérature a montré une perte de poids statistiquement significative pour les groupes ayant bénéficié d'un entretien motivationnel au cours d'une intervention éducative.

Une perte de poids moyenne d'environ 10 kg (sur un poids de départ moyen de 94 kg), ainsi que le maintien de ce nouveau poids à moyen terme (6-12 mois) ont été mis en évidence. [28]

Ces outils pédagogiques ont largement été utilisés dans les ateliers d'ETP dédiés à la prise de poids provoquée par diverses causes comme le diabète. Ils ont également inspiré plusieurs autres thématiques notamment « médicaments et iatrogénie » et « patients, schizophrénie et prise de poids ». [9], [10]

PARTIE II : Travail de thèse

Objectifs

La prise de poids provoquée par les traitements antidépresseurs représente un réel problème dans la vie du patient, tant pour sa santé avec les complications que provoque l'obésité mais également dans sa vie quotidienne, son estime de soi et sa compliance au traitement.

De nombreuses études ont prouvé que les ateliers d'ETP avaient un impact positif sur les patients souffrant d'obésité mais également chez les patients dont la prise de poids est provoquée par des traitements neuroleptiques. Le but de ce travail de thèse est donc de

- Recueillir auprès des patients, dont la prise de poids a été provoquée par des antidépresseurs, leur intérêt à participer à un atelier d'ETP.
- Identifier les éléments importants pour l'élaboration d'un futur programme d'ETP.

III. Matériel et méthode

Le choix de la méthodologie, pour cette thèse, s'est porté sur une recherche de type qualitative avec l'élaboration d'entretiens individuels en suivant une approche semi directive avec les patients et ce, en s'appuyant sur un guide d'entretien.

A. Étude Qualitative

Pour ce travail de thèse, nous avons choisi de travailler en suivant un modèle qualitatif.

Particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, l'étude qualitative permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé [29] et se donne pour visée première de fournir des descriptions détaillées des sujets et phénomènes considérés. [30]

Cette approche permet ainsi le recueil des données dans le milieu naturel (entretiens individuels ou en groupes, études d'observations ou de documents, etc...) [31]

L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu une caractéristique ou une expérience particulière à analyser [27], et ce par le recueil de données verbales. [31]

Il s'agit donc d'un « travail de terrain » qui consiste notamment à réaliser des observations, des collectes de documents et des entretiens. [32]

B. Entretien individuel

L'entretien constitue un instrument privilégié en recherche qualitative. Plus que tout autre dispositif, il permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus. [33]

Bien qu'il existe un large éventail de possibilités en matière d'entretien individuel, les données indiquent que les chercheurs en éducation manifestent une nette préférence pour les entretiens de type semi-dirigés. [33]

C. Choix de l'entretien semi dirigé

Aussi appelé « entretien qualitatif » ou « approfondi », l'entretien semi directif ou semi dirigé, se base sur des interrogations assez généralement formulées et ouvertes. Il est possible de poser de nouvelles questions si la personne interviewée soulève un aspect encore inconnu. Cette méthode a pour avantage de pouvoir poser des questions plus ouvertes et de pouvoir relancer la personne interrogée. Une vraie discussion peut donc avoir lieu lors des entretiens. [34]

D. Guide d'entretien

L'outil de collecte des données a été établi sous forme de questionnaire présenté aux patients. Il a été rédigé afin de recueillir des informations sur la façon dont les patients vivent les effets indésirables provoqués par leur traitement antidépresseur et spécifiquement sur la prise de poids.

Ce questionnaire a été réalisé dans le but de maintenir un déroulement logique lors des entretiens et de récolter le même type d'information de la part de tous les patients.

Ayant opté pour un entretien semi directif, nous permettons aux patients d'aborder des sujets qu'ils jugent importants dans la compréhension de leurs suivis à travers des questions ouvertes qui leur sont posées. Toutefois le guide d'entretien permet de pouvoir rester concentré sur le sujet et de respecter le temps consacré à chaque patient.

Ci-dessous le guide d'entretien utilisé lors de ce travail de thèse.

Questionnaire sur la nécessité de la réalisation d'un Atelier thérapeutique dans la prévention de la prise de poids suite à un traitement antidépresseur

1- Quels sont les médicaments antidépresseurs que vous prenez ?

.....
.....

2- Depuis combien de temps les prenez-vous ?

.....
.....

3- Avez-vous remarqué des effets secondaires depuis votre prise de traitement ?

Oui

Non

Si oui lesquels ?

.....
.....

4- Avez-vous remarqué une prise de poids suite à la prise de vos antidépresseurs ?

Oui

Non

Si oui au bout de combien de temps de traitement ? et combien de kilos ?

.....
.....

5- Avez-vous parlé de cette prise de poids à un professionnel de santé ?

Oui

Non

Si oui, à qui ?

- ☐ Médecin
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Autre

.....

.....

6- Avez-vous dû changer de molécule suite à ces effets ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7- Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

.....

8- Lorsque vous avez des interrogations à propos de votre traitement, à qui en faites-vous part ?

- ☐ Médecin
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Autre :

.....

.....

9- Avez-vous déjà entendu parler d'éducation thérapeutique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10- Vous a-t-on déjà proposé de participer à des ateliers d'éducation thérapeutique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui dans quel contexte et sur quel thème ?

.....

.....

11- Seriez-vous intéressés par des ateliers d'éducation thérapeutique sur la prévention de la prise de poids lors de traitement sous antidépresseurs ?

- ☐ Oui
☐ Non

12- Quelles seraient vos attentes lors de ces ateliers ?

.....
.....

13- A quelle fréquence pensez-vous que ces ateliers seraient bénéfiques ?

.....
.....

Partie Réservée à la pharmacie

Initiales du patient :

Numéro d'anonymat :

Âge :

Sexe :

Profession :

Traitement de fond / en cours :

ATCD médicaux :

E. Critères d'inclusion

1. Être traité par antidépresseur

L'étude menée prend uniquement en compte les traitements type ISRS, IRSNA, IMAO, ATC, et les antidépresseurs atypiques.

2. Avoir reçu le formulaire d'information

Chaque patient a reçu un formulaire expliquant le but de la démarche de ce sujet de thèse de pharmacie.

Le recrutement s'étant fait au comptoir, il était parfois compliqué de prendre le temps de tout expliquer à l'oral. Ainsi ce formulaire a permis un gain de temps et une totale transparence. Formulaire en *Annexe A*.

3. Être informé du caractère anonyme de la recherche

Lors du questionnaire, il a été attribué à chaque patient un numéro d'anonymat. Ni les noms, ni les prénoms, ni les initiales n'ont été relevés.

Seuls l'âge, le sexe et la profession du patient étaient demandés.

4. Avoir pris du poids suite au traitement antidépresseur

Le but étant d'étudier les attentes des patients concernant l'élaboration d'un programme d'ETP dans la gestion de la prise de poids, seules les personnes concernées ont été incluses.

5. Être traité par antidépresseur depuis au moins deux mois

Les données bibliographiques concernant les variations de poids provoquées par antidépresseur indiquent que ces changements parviennent environ au bout de deux à trois mois de traitement.

F. Critères d'exclusion

1. Être diabétique

Certaines pathologies métaboliques pouvant faire varier le poids du patient, nous avons préféré éviter ce biais lors de l'étude.

2. Avoir un traitement antipsychotique

Les données bibliographiques indiquent que les traitements antipsychotiques exercent également une action sur la majoration de la prise de poids, comme pour les antidépresseurs. Ainsi il serait difficile de distinguer lequel des deux traitements serait le plus à incriminer.

G. Temps consacré aux entretiens

La durée de chaque entretien était limitée à 45 minutes. Cela a permis de donner assez de temps aux patients pour s'exprimer sur des questions ouvertes et d'aborder des éléments qui leur semblaient importants, tout en respectant une limite imposée, gage d'égalité entre tous les participants.

H. Échantillon étudié

Nous avons souhaité inclure plusieurs catégories socioprofessionnelles ainsi que des personnes vivant dans des milieux ruraux et urbains.

Les différents milieux sociaux sont représentés car de nombreuses études ont prouvé l'existence d'une forte disparité concernant l'obésité. Les agriculteurs seraient la catégorie socioprofessionnelle la plus touchée par l'obésité et les cadres seraient les moins concernés.

Une étude a prouvé qu'en 2003, 15 % des individus sans diplôme ou ayant, au plus, un brevet des collèges sont obèses, tandis que seulement 5 % des diplômés du supérieur le sont. [35] [36] Tableau en *Annexe B*.

L'intérêt est d'étudier les effets indésirables de prise de poids provoqués par les antidépresseurs et ce, quelle que soit la classe sociale des patients.

En suivant la deuxième édition 2023 de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, les participants ont été partagés en huit classes.

- Catégorie 1 : Agriculteurs
- Catégorie 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- Catégorie 3 : Cadres
- Catégorie 4 : Professions intermédiaires
- Catégorie 5 : Employés
- Catégorie 6 : Ouvriers
- Catégorie 7 : Retraités
- Catégorie 8 : Autres personnes sans activités professionnelles.

Le tableau ayant permis cette classification est disponible en *Annexe C*.

Une neuvième classe a été ajoutée pour inclure les étudiants.

Concernant les différents milieux de résidence, il s'agit d'un paramètre important car de nombreuses études ont montré que concernant l'obésité, les disparités entre zones géographiques se sont accentuées au cours des deux dernières décennies et qu'elles restent fortes même lorsqu'on prend en compte l'âge, le niveau de vie et le niveau de diplôme des individus. Il existe en effet une différence importante selon le type de commune. Les personnes vivant en milieu rural sont plus sujettes à l'obésité que celles qui vivent en milieu urbain. [35] [36]

Il semble donc important d'inclure des patients venant de différentes zones géographiques afin d'étudier la prise de poids induite par un traitement antidépresseur, et ce quel que soit le lieu de résidence des participants.

I. Modalités de recrutement de la population étudiée

Dans un premier temps, le recrutement a débuté lors de ma présence au comptoir dans une première officine dans laquelle j'ai pu travailler pendant six mois.

A chaque prescription d'antidépresseur je demandais au patient s'il était intéressé de participer à mon projet d'étude en répondant au questionnaire.

Dans un second temps, j'ai continué sur le même schéma mais dans une autre pharmacie dans laquelle je travaille depuis cinq mois.

Dans un troisième et dernier temps, je me suis déplacée dans plusieurs pharmacies de Poitiers et ses alentours. J'ai présenté mon projet d'étude au personnel de l'officine (titulaires, pharmaciens adjoints et préparateurs), et leur ai demandé d'en parler à leurs patients sous antidépresseurs.

J'ai évidemment laissé des exemplaires du questionnaire dans chaque pharmacie, afin que les équipes et les patients aient une idée sur les sujets que je souhaitais traiter avec eux.

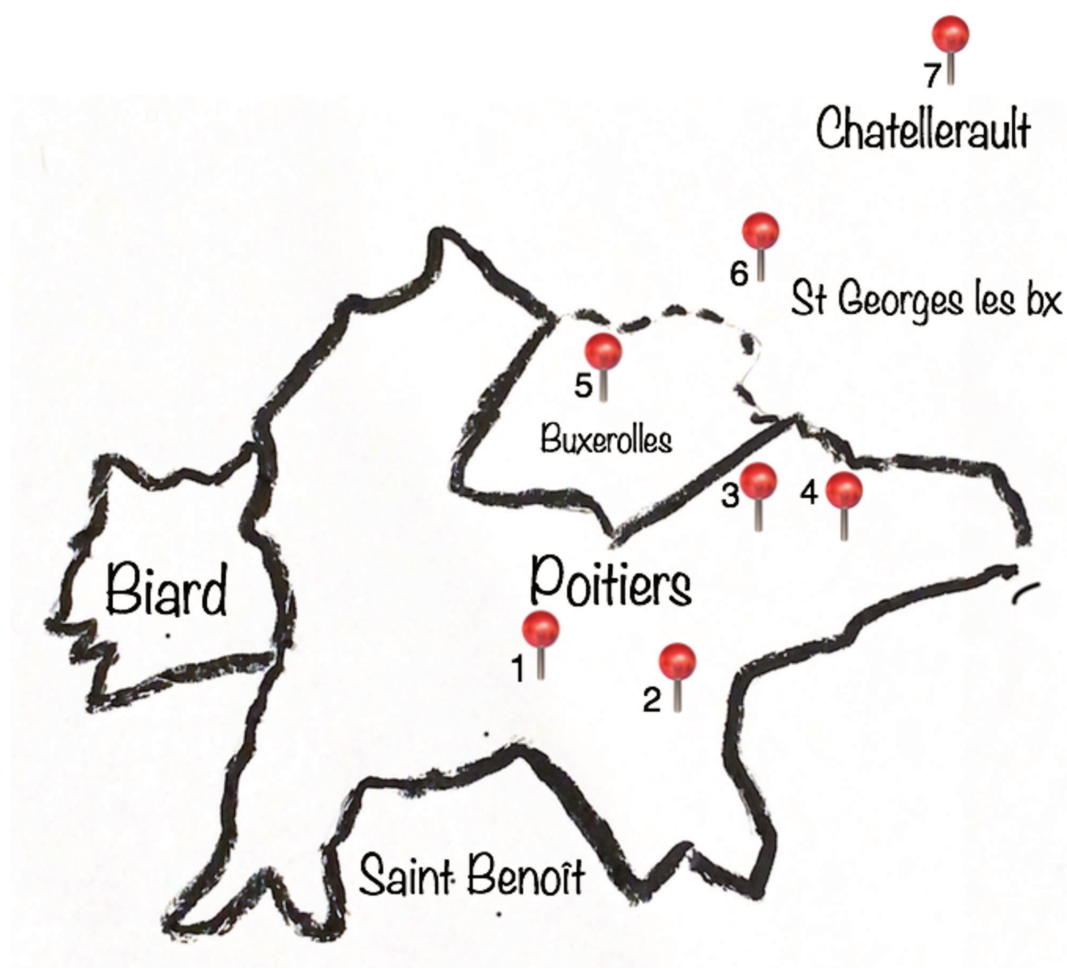
Puis je suis revenue vers ces pharmacies deux semaines plus tard pour récupérer les coordonnées des patients qui étaient volontaires.

Au total, sept pharmacies ont permis le recrutement des patients.

Certaines pharmacies sont situées dans des zones rurales et d'autres en grande agglomération. Toutes accueillent des profils de patients très différents.

Localisation	Pharmacie
Buxerolles	Pharmacie du Planty
Saint Georges les baillargeaux	Pharmacie St Georges
Poitiers ville	Pharmacie Messedi
Poitiers ville	Pharmacie de la Fraternité
Poitiers ville	Pharmacie Rouger
Poitiers ville	Pharmacie st Eloi
Chatellerault	Pharmacie Espace Lyautey

Figure 3 : Localisation de chaque pharmacie.



J. Déroulement des entretiens

1. Entretien au comptoir

Certains patients très intéressés par le sujet ont répondu au comptoir au questionnaire, après explication des modalités et remise du formulaire d'information.

2. Entretien en salle de confidentialité

D'autres patients ont décidé de convenir d'un rendez-vous à l'officine, afin de s'installer dans la salle de confidentialité et de répondre plus à leur aise au questionnaire.

3. Entretien téléphonique

Certains patients, notamment dans les pharmacies d'officines que j'ai démarchées, ont laissé leur numéro de téléphone et ont donné leur accord pour que je les appelle. Ainsi l'entretien s'est déroulé par appel téléphonique.

IV. Résultats

A. Population étudiée

1. Nombre de patients

Les patients ayant répondu au questionnaire représentent un échantillon hétérogène d'hommes et de femmes âgés entre 17 et 76 ans.

Au total, 53 patients ont accepté de participer à l'étude et ont répondu au questionnaire. Toutefois, il s'agissait dans un premier temps d'un recrutement où le seul critère recherché était la prescription d'un traitement antidépresseur sans prise en compte des modifications pondérales.

Puis, n'ont été retenues que les réponses des 30 patients ayant pris du poids et répondant aux critères d'inclusion cités dans le paragraphe précédent.

Nous avons estimé que leurs témoignages pourraient, par la suite, représenter une trame à suivre pour élaborer un programme d'ETP à réaliser, qui sera en parfaite adéquation avec leurs attentes.

2. Âge

La moyenne d'âge des patients était de 40,9 ans avec un âge minimal de 17 ans et un âge maximal de 76 ans.

3. Sexe Ratio

Le nombre de femme ayant participé à cette étude est de 16 Le nombre d'homme est de 14. Ce qui fait un ratio de 0,53.

4. Catégories socio-professionnelles

Plusieurs catégories ont pu être représentée.

Tableau 1 : Catégories socio-professionnelles des patients ayant répondu au questionnaire.

Catégories socio-professionnelles	Nombre de patient
Catégorie 1 : Agriculteurs	2
Catégorie 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	4
Catégorie 3 : Cadres	6
Catégorie 4 : Professions intermédiaires	6
Catégorie 5 : Employés	7
Catégorie 6 : Ouvriers	1
Catégorie 7 : Retraités	1
Catégorie 8 : Autres personnes sans activités professionnelles.	0
Etudiant	3

B. Analyse du questionnaire

Lors de ce questionnaire j'ai pu noter qu'en dépit des divergences des catégories sociales des patients, nous retrouvons une similitude dans les effets provoqués par les traitements, parfois même des modifications pondérales semblables chez des patients n'ayant pas la même hygiène de vie.

D'autre part, il était intéressant de voir que l'approche des patients pouvait parfois être délicate.

Certains n'osaient pas employer le terme « antidépresseurs » et préféraient dire « médicament ». Il existe donc un certain *tabou* qu'il est nécessaire de contourner lors de l'abord des patients.

Ainsi, au fur et à mesure du recrutement, j'évitais de parler d'antidépresseurs et disais plutôt que j'étudiais une certaine catégorie de molécule dont « celle-ci », en indiquant le nom sur

l'ordonnance du patient, et demandais si ça les intéresserait de répondre à quelques questions pour mon travail de thèse.

Cette approche a montré plus d'efficacité dans la motivation des patients à intégrer le groupe d'étude.

1. Antidépresseurs prescrits

Remarque : s'agissant d'une thèse qualitative et non quantitative, les chiffres ne sont pas représentatifs et ne permettent pas d'effectuer des statistiques ni d'être présentés en pourcentage mais plutôt en fraction.

Or, pour un meilleur suivi et une meilleure visibilité des résultats je présenterai certaines données en pourcentage avec des histogrammes. Je tiens donc à préciser qu'il ne s'agit que « *d'un abus de langage* ».

Le tableau récapitulatif des résultats est disponible en *Annexe D*.

Tableau 2 : prescription d'antidépresseurs chez les patients ayant répondu au questionnaire.

	Répartition des classes d'antidépresseurs	
Antidépresseurs prescrits N= 30 (100%)	ISRS n=19	Paroxetine n=8 (25,8%)
		Escitalopram n= 5 (16,67 %.)
		Sertraline n=5 (16,67 %)
		Fluoxetine n=1 (3,33 %)
	Atypiques n=5	Mianserine n = 3 (10%)
		Mirtazapine n 2 (6,67 %)
	IRSNA n=4	Venlafaxine n= 3 (10%)
		Duloxetine n=1 (3,33%)
	Tricyclique N=2	Amitrptyline n=2 (6,67%)

Les ISRS représentent la classe d'antidépresseur la plus prescrite avec un taux de 63,33% comparé aux antidépresseurs tricycliques qui représentent le taux le plus faible de prescription avec seulement 6,67 %.

2. Durée de prise des traitements antidépresseurs

Tableau 3 : Durée de prise des traitements antidépresseurs des patients volontaires.

Durée du traitement	Nombre de patients
5 à 7 <u>mois</u>	03
1 à 3 ans	12
4 à 7 ans	11
8 à 10 ans	04

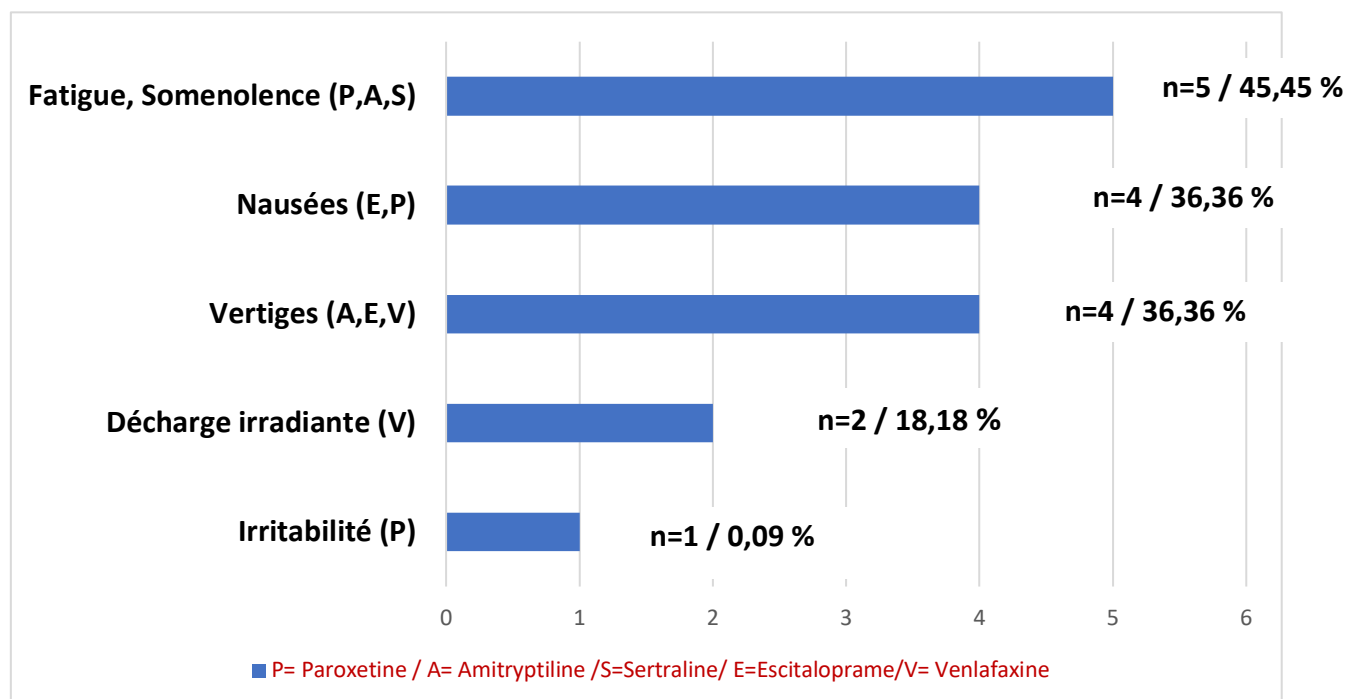
Seulement 3 patients sur les 30 volontaires avaient une prise assez « récente », c'est-à-dire entre 5 et 7 mois.

Tous les autres participants prenaient ce traitement antidépresseur depuis au moins un an, avec un maximum de 8 à 10 ans pour 4 patients.

3. Effets indésirables hors prise de poids

11 patients parmi les 30 interrogés, donc 36,67 % déclarent avoir ressenti des effets indésirables.

Figure 4 : Effets indésirables, autres que la prise de poids, déclarés par les patients.



Les effets les plus fréquemment relevés par les patients sont la fatigue et la somnolence suivis de près par les nausées et vertiges.

Deux des trois patients sous Venlafaxine ont décrit le même effet en cas d'oubli de prise de leur traitement et ont parlé de sensation de décharge dans le bras qui peut irradier tout le corps.

4. Prise de poids

- Parmi les modifications les plus importantes lors de ce travail de recherche :
 - ⇒ Une étudiante de 17 ans sans aucun antécédent médical et n'ayant pour traitement que la Sertraline, a pris de 20 kg en un an. La patiente affirme que dès les premières prises de poids, le médecin en a été informé et pendant un an, plusieurs modifications de posologie ont été instaurées pour finalement changer complètement de molécule. La patiente indique que depuis la prise de la nouvelle molécule (Fluoxétine), aucun changement de poids n'a été remarqué.
 - ⇒ Un homme de 54 ans a pris 10 kg en 4 mois depuis sa prise d'antidépresseur et pense très souvent à arrêter son traitement.
- Les prises de poids étaient visibles au bout de 2- 3 mois pour les plus « précoces », et au bout d'environ un an pour d'autres patients.

5. Discussion avec professionnel de santé

Sur les 30 personnes interrogées, 9 n'en ont parlé à aucun professionnel de santé, soit 30%.

De peur que le médecin ne juge pas cet effet assez important pour nécessiter une modification du traitement, ou pensant que toutes les molécules provoqueraient les mêmes effets, ces patients interrogés n'ont pas osé aborder le problème de la prise de poids avec un professionnel de santé.

6. Modification de traitement

5 des 30 patients ont dû modifier leur traitement et déclarent qu'aujourd'hui (et depuis leur nouvelle molécule), ils ne remarquent aucune variation de poids, soit 16,67 %.

Tous déclarent avoir beaucoup de mal à perdre les kilos pris.

7. Difficulté à prendre le traitement

10 patients déclarent trouver difficile la prise de leur traitement.

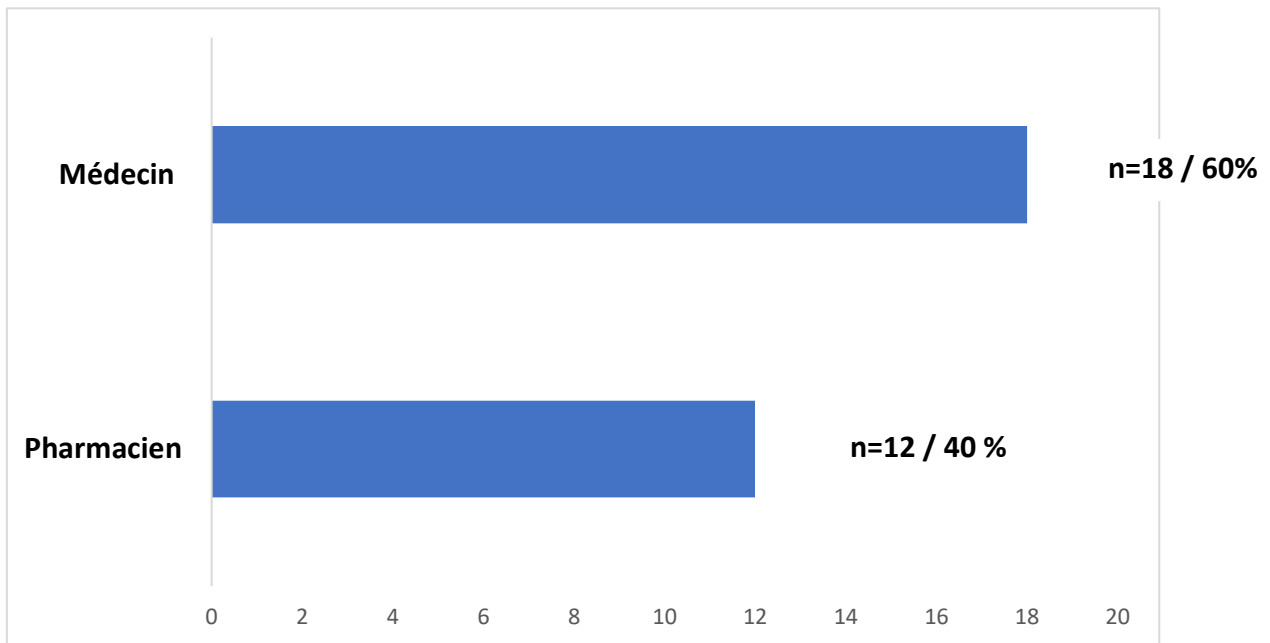
Sur ces 10 patients, 8 disent que leur prise de poids représente un frein à leur observance et qu'ils auraient souhaité un traitement ne touchant pas à leur image corporelle.

- Dont 2 étudiants de 17 et 22 ans qui disent avoir reçu des remarques de la part de leur entourage sur leur prise de poids et qu'ils ont pensé de nombreuses fois à arrêter leur traitement. Ces derniers pratiquent plusieurs séances de sport par semaine ce qui leur permet uniquement de maintenir un poids stable.
- Et 3 patients qui disent prendre des mesures alimentaires plus strictes afin de minimiser les prises de poids. Ces patients déclarent que ces mesures ne leur ont pas permis de perdre du poids mais de limiter une augmentation pondérale trop importante.

2 des 10 patient ont diminué les doses prescrites afin d'éviter les effets indésirables (par exemple prendre un comprimé un jour sur deux au lieu de tous les jours), et ce, sans en avoir informé leur médecin.

8. A qui les patients s'adressent-ils lorsqu'ils ont des interrogations par rapport à leur traitement ?

Figure 5 : Professionnels de santé sollicités par les patients



- 18 patients sur les 30 interrogés s'adressent à leur médecin soit 60%
 - Ces patients rapportent que de nombreuses fois les prescripteurs peuvent se montrer réticents au changement de molécule, ils estiment devoir laisser le temps au traitement en termes d'efficacité, or nous avons décrit précédemment que les effets indésirables des antidépresseurs survenaient beaucoup plus rapidement que leur action thérapeutique ce qui a tendance à beaucoup décourager les patients et à représenter un frein à leur observance.
- 16 patients sur ces 30 soit 40 % disent être plus proches de leur pharmacien et préfèrent s'adresser à lui lorsqu'il s'agit des effets des molécules prescrites.
 - En effet, lors de prescription de traitements chroniques, nombreux patients voient plus souvent leurs pharmaciens que leurs médecins. Il se crée alors une relation de confiance soignant-soigné qui fait qu'il leur est plus facile de poser leurs questions à leurs pharmaciens.

9. Est-ce que les patients savent ce qu'est l'éducation thérapeutique ?

- 3 patients sur 30 ont déjà entendu parler d'ETP.
- Les 27 autres personnes interrogées ne savaient pas ce que sont les ateliers d'éducation thérapeutique, ni à qui ils sont dédiés ou encore les lieux où ils sont organisés.

10. Patients ayant participé à un atelier d'éducation thérapeutique

1 patient sur 30 a pu assister à un atelier d'ETP.

11. Intérêt de l'éducation thérapeutique dans la prévention de la prise de poids chez les patients ayant un traitement antidépresseur

Après explication et présentation des ateliers d'éducation thérapeutique et de certains outils, 28 des 30 patients interrogés ont dit être très intéressés et voudraient y participer dès que cela serait possible.

L'endroit où se dérouleraient les ateliers importe peu, les patients sont prêts à se déplacer.

2 des 30 patients disent savoir gérer leur traitement seuls et ne sont pas intéressés par les ateliers d'ETP.

12. Attentes des patients concernant les ateliers d'éducation thérapeutique

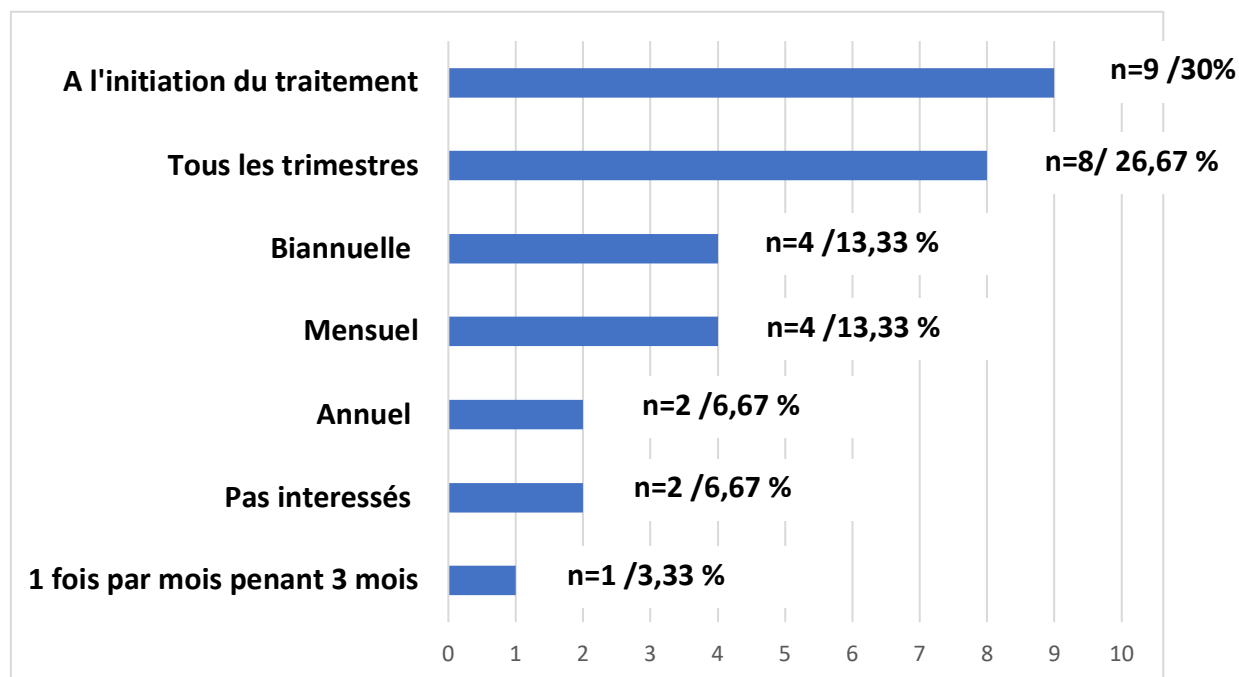
Le but de ces ateliers étant d'améliorer la prise en charge du patient dans l'acceptation de sa pathologie et d'améliorer l'observance, il était nécessaire de leur demander quelles seraient leurs attentes afin de bien organiser les séances et de se fixer une trame d'objectifs à atteindre.

Il a donc été possible, suite aux réponses des patients, d'établir une liste de ce qui importe réellement et qui constituera par la suite les missions visées par les séances d'ETP :

- Comprendre les mécanismes d'action de leurs traitements.
- Obtenir des réponses aux interrogations concernant leurs traitements.
- Aider aux modifications des habitudes alimentaires.
- Avoir une formation nutritionnelle pour une meilleure hygiène de vie.
- Échanger et discuter avec des personnes dans la même situation qu'eux.
- Partager leurs vécus afin de profiter et de faire profiter les autres de leurs expériences.
- Modifier leurs habitudes de vie pour qu'elles soient en adéquations avec leurs traitements.
- Être accompagnés à travers cette nouvelle vie où ils ont décidé de se reprendre en main pour aller mieux.

13. Fréquence idéale des ateliers selon les patients intéressés

Figure 6 : Fréquence idéale des ateliers d'ETP selon les patients



Sur les 28 patients intéressés par les ateliers d'ETP, 19 souhaitent un suivi plusieurs fois par an.

Ce qu'il faut retenir des résultats pour l'élaboration d'un futur atelier d'ETP

- La plupart des patients interrogés n'ont jamais entendu parler d'ETP.
- Les patients sont très intéressés par des ateliers d'ETP dans la prévention de la prise de poids lors d'un traitement par antidépresseur.
- Le terme « antidépresseur » peut être délicat et tabou chez certains patients.
- Les attentes des patients concernant les programmes d'ETP sont nombreuses et peuvent constituer une trame à suivre dans la préparation de futurs ateliers. En effet, les patients souhaitent :
 - Comprendre les mécanismes d'action de leurs traitements.
 - Obtenir des réponses aux interrogations concernant leurs traitements.
 - Aider aux modifications des habitudes alimentaires.
 - Avoir une formation nutritionnelle pour une meilleure hygiène de vie.
 - Échanger et discuter avec des personnes dans la même situation qu'eux.
 - Partager leurs vécus afin de profiter et de faire profiter les autres de leurs expériences.
 - Modifier leurs habitudes de vie pour qu'elles soient en adéquations avec leurs traitements.
 - Être accompagnés à travers cette nouvelle vie où ils ont décidé de se reprendre en main pour aller mieux.
- Les patients sont prêts à se déplacer vers des structures spécialisées qui proposent des ateliers d'ETP.
- Leur motivation est telle qu'ils estiment important d'assister à plusieurs ateliers par an.

V. Discussion

La prise de poids provoquée par les traitements antidépresseurs représente un réel problème pour la santé du patient. Notre questionnaire a confirmé que plusieurs personnes en ont ressenti les répercussions sur leurs vies sociales et que leur estime de soi a fortement été impactée.

Outre ces conséquences, plusieurs freins s'ajoutent à la compréhension de leur traitement pourtant nécessaire à une bonne observance. Notamment l'existence d'un certain tabou social qui rend la communication autour du sujet des antidépresseurs assez compliquée.

Il semble évident qu'une adaptation du langage autour de ces traitements est importante et que le vocabulaire doit être choisi avec précaution afin d'instaurer un climat de confiance et libérer la parole des patients.

Cette prise de parole de la part des patients a été nécessaire lors de ce travail de thèse et a représenté un élément primordial dans la compréhension de l'impact de la prise de poids suite à un traitement antidépresseur.

Toutefois, plusieurs difficultés ont été rencontrées mais des solutions alternatives ont tout de même permis d'y pallier.

En effet, le premier abord du sujet des antidépresseurs au comptoir pouvait parfois être délicat. Pour cause, à travers le secret professionnel nécessaire au respect du code de déontologie médical, il était assez compliqué de présenter le thème du projet de thèse en toute discrétion. Pour cela, je montrais sur l'ordonnance du patient le nom du traitement et je lui présentais le sujet de thèse en lui demandant s'il était intéressé pour répondre au questionnaire.

D'autres part certaines personnes pouvaient se montrer réticentes à l'idée de devoir parler des raisons ayant conduit à leur prise médicamenteuse du fait que les traitements antidépresseurs soient souvent prescrits suite à certaines situations pouvant être « *compliquées* » dans la vie privée des patients.

Ainsi, lors de ma présentation du sujet, j'expliquais que mes questions étaient beaucoup plus centrées sur les effets de la molécule.

Contrairement à ces patients ayant conscience de leur état pathologique, d'autres personnes semblaient présenter un déni et disaient n'avoir aucun problème et nullement besoin de ces médicaments dès lors que je prononçais le mot « antidépresseurs ».

Il était possible de pallier ce genre de réaction simplement avec la substitution du terme « antidépresseurs » par « molécule » avec les patients pour qui le sujet était délicat.

Parmi les autres difficultés rencontrées, il y avait le manque de disponibilité de certains patients qui disaient être intéressés pour répondre à l'étude mais nous devions convenir d'un rendez-vous pour qu'ils puissent revenir en officine et répondre au questionnaire plus à leur aise.

D'autres fois, il était compliqué de prendre le temps de s'entretenir avec un patient qui se présentait à cause du nombre de personnes qui attendait après. Ainsi nous prenions rendez-vous un autre jour au sein de l'officine pour réaliser l'entretien.

Ceci a donc eu pour conséquence une hétérogénéité des entretiens rendant difficile la représentativité des résultats. En effet, certains patients, à l'aise avec leur traitement, répondaient au comptoir après la délivrance de leurs médicaments mensuels tandis que d'autres, disponibles au moment même de la présentation de l'étude, préféraient répondre au questionnaire dans la salle de confidentialité de l'officine.

A ces disparités de modalité de réponse s'ajoutent les entretiens téléphoniques. Ceci a concerné les différentes officines ayant participé à l'étude, où j'ai distribué les questionnaires, et où le personnel recrutait lui-même les patients et leur présentait le sujet d'étude en prenant en note leurs coordonnées afin que je puisse les rappeler et réaliser les entretiens téléphoniques.

Après avoir travaillé afin de pallier les biais qui se présentaient et avoir trouvé des solutions alternatives, les entretiens ont pu se dérouler dans d'excellentes conditions et ont pu donner suite à de nombreux avantages.

Tout d'abord, cette diversité dans les modalités d'entretien a permis d'offrir aux patients un climat favorable pour leurs réponses. De fait, que les entretiens aient eu lieu à la pharmacie ou par appel téléphonique, il s'agissait d'environnements familiers et connus par les patients où ils se sentaient à leur aise.

D'autre part, j'ai été la seule personne à animer les entretiens et à poser les questions qu'elles aient été au comptoir, en salle de confidentialité ou au téléphone, la même méthodologie était reproduite à chaque fois permettant une meilleure comparaison des résultats.

Au total, cette méthode de recrutement a permis à des patients de sept pharmacies différentes de Poitiers et de ses alentours de répondre au questionnaire. Ceci a eu pour avantage de fournir à l'étude une diversité de profils et de population avec des catégories sociales différentes, des modes de vies très variés mais également avec des âges allant de 17 ans à 76 ans.

Le choix de la méthode semi-directive a également eu un grand intérêt car il a pu permettre une expression plus libre des patients tout en restant centrés sur le sujet principal. Il a permis d'aborder des sujets importants du point de vue du patient mais également d'obtenir des réponses plus complètes lors d'une séance d'environ 45 mn.

Les patients ont donc pu donner une visibilité à leurs pensées et à leurs expériences mais ont surtout aidé à comprendre la réelle problématique que représente la prise de poids provoquée par les traitements antidépresseurs. Le but étant d'identifier les objectifs clefs dans l'organisation d'un atelier d'ETP visant à prévenir la prise de poids, il s'agirait, en objectif secondaire de prévenir également toutes les complications qui découleraient de cette pathologie, notamment l'hypertension artérielle, le diabète et autres pathologies métaboliques.

Ce travail d'investigation m'a beaucoup appris sur la nécessité d'une bonne communication et la façon de former le patient dans son parcours de soins.

J'ai également pu observer qu'en dépit d'un traitement efficace, si les effets indésirables ont un fort impact sur la vie du patient, ce dernier ne verra plus d'utilité à le prendre. Dans ce cas l'arrêt d'un traitement antidépresseur et la détérioration de l'estime de soi provoquée par une prise de poids importante vont contribuer d'autant plus aux rechutes.

Ces rechutes peuvent pourtant être évitées par de simples explications, comme le fait d'informer qu'une molécule qui provoque certains effets est une raison suffisamment valable pour en discuter à un professionnel de santé en vue d'un éventuel changement de molécule et que si le patient tolère mal certaines, il y a des chances pour que d'autres soient plus adaptées. Pour cause, plusieurs paramètres concourent à la prise de poids à travers les traitements antidépresseurs, dont une grande variabilité interindividuelle.

En effet, nos résultats ont montré que dans le cas du patient 30, la Venlafaxine a été la molécule responsable de la prise de 5 Kg en 3 mois, nécessitant un changement vers de la Fluoxétine. Or pour le patient 10, la Venlafaxine a été la molécule qui a permis de maintenir un poids stable après une prise de poids par Amitriptyline. Ainsi il ne s'agirait pas forcément de molécules plus favorables à une prise de poids mais à plusieurs facteurs dont des facteurs intrinsèques aux patients.

Ces entretiens m'ont fait découvrir le rapport des patients à leurs poids et le fait que cela représente un réel problème au quotidien. A travers leurs témoignages j'ai pu étudier les freins à une bonne hygiène de vie et comprendre les idées reçues pouvant entraîner de mauvais comportements malgré une volonté d'amélioration.

Dans cette optique d'amélioration, les ateliers d'ETP permettent de former et d'informer le patient sur les effets de ses traitements et de faciliter son adhésion avec une prise en charge pluridisciplinaire.

Nos résultats, au cours de cette thèse, rejoignent ceux de *Mercier et al* [10] qui évoquent la détresse des patients schizophrènes sous neuroleptiques dont la prise de poids représente un obstacle à une bonne compliance. Leurs travaux témoignent de l'importance et des résultats bénéfiques qu'ont apportés les programmes d'ETP dans la prise en charge de la prise de poids chez ces patients.

En se basant sur ces résultats et ceux de *Prevost et al* [6] qui prouvent l'efficacité des ateliers d'ETP dans la prise en charge de la personne obèse, il semble pertinent d'organiser des séances spécialement dédiées à la prévention et à la prise en charge de la prise de poids chez les patients sous antidépresseurs. Pour cela, nos résultats et les réponses de nos participants au questionnaire peuvent orienter sur la préparation des ateliers thérapeutiques.

Il s'agirait de répondre aux attentes des patients qui souhaitent comprendre les mécanismes d'action de leurs traitements, obtenir de l'aide quant aux modifications des habitudes alimentaires, avoir une formation nutritionnelle pour une meilleure hygiène de vie, échanger et discuter avec des personnes dans la même situation qu'eux et partager leurs vécus afin de profiter et de faire profiter les autres de leurs expériences. Les patients souhaitent également modifier leurs habitudes de vie pour qu'elles soient en adéquations avec leurs traitements et être accompagnés à travers cette nouvelle vie où ils ont décidé de se reprendre en main pour aller mieux.

Comme vu précédemment, les mécanismes de prise de poids diffèrent en fonction des patients mais surtout en fonction des molécules. Les ISRS, les ISRNA, les IMAO et les ATC étant connus pour augmenter l'appétence, il serait d'autant plus pertinent d'orienter les ateliers vers un suivi nutritionnel et la gestion de l'alimentation.

Certains antidépresseurs tricycliques et les antidépresseurs atypiques provoquant une somnolence, une sédation et une perte de motivation, il serait intéressant d'intégrer des conseils d'activité physique adaptée (APA) voire même de contacter une personne spécialisée dans le domaine. Il s'agit donc de prévoir des ateliers d'ETP avec une équipe pluridisciplinaire incluant des psychiatres, des psychologues, des diététiciens, des ergothérapeutes, des infirmiers...etc, afin de fournir aux patients un suivi adapté à leurs besoins.

Cela rejoint parfaitement les résultats démontrés par *Bonhomme et al* [9] dans une prise en charge personnalisée avec la consultation chez des nutritionnistes lorsque les traitements provoquent une appétence excessive et ont de fortes répercussions sur la prise de poids.

Ils montrent l'efficacité d'une orientation personnalisée du patient avec un professionnel de santé spécialisé.

Cela est d'autant plus intéressant que la grande majorité des patients ayant répondu au questionnaire disent prendre ce traitement depuis plusieurs années (allant de 1 à 10 ans pour plusieurs d'entre eux).

Ainsi, comme plusieurs traitements (notamment les ISRS) ont montré une augmentation dans la prise de poids surtout lors d'une prise au long cours, nous pourrions, à travers des programmes d'ETP futurs, expliquer aux patients qu'en dépit d'un maintien d'un poids stable lors des premières semaines de prise, il n'est pas à exclure qu'une modification pondérale

importante puisse survenir plus tard. De ce fait, une vigilance dans les habitudes alimentaires et les dépenses énergétiques seraient plus que recommandées. Ceci permettra au patient une prise en charge et une surveillance adaptées en amont afin de ne pas être surpris par les effets indésirables et surtout d'éviter un défaut d'observance comme le montrent nos résultats chez certaines personnes qui diminuent volontairement les posologies sans avis médical dans le but de réduire l'apparition des effets indésirables.

Ce type d'information a notamment prouvé son efficacité lors d'une thèse sur la prise en charge de la iatrogénie médicamenteuse [9] et a effectivement démontré qu'un patient au courant des effets de son traitement est un patient qui les maîtrise mieux.

Outre la prise de poids, nos résultats ont montré plusieurs plaintes de la part des patients concernant des vertiges, des nausées ou de la fatigue. Un partage de ces expériences lors des ateliers thérapeutiques permettrait un échange constructif autour de la gestion de ces différents effets.

De nombreuses études ont prouvé que le partage d'expérience, l'écoute active et l'empathie ont montré de grands avantages dans la rupture de l'isolement, l'augmentation du dynamisme du patient ainsi qu'une cohésion entre les participants des ateliers d'ETP. Les interventions des patients, même lorsqu'elles sont différentes, sont complémentaires. [6]

A travers ces groupes de paroles lors des ateliers d'ETP, le professionnel qui animera la séance devra rappeler aux patients présents le principe de confidentialité et de non-jugement avant de commencer la séance. Il devra également veiller à donner à chaque patient son tour de parole (les profils des participants étant très différents, certains peuvent facilement prendre la parole pendant que d'autres auront plus de mal. Il est donc nécessaire de permettre à chaque personne de s'exprimer de façon égale).

Il faudra aussi penser à demander aux patients de partager leurs motivations à assister aux ateliers d'ETP, et que l'animateur des ateliers adapte son dialogue en évitant d'employer des termes médicaux. En effet, les patients étant de milieux socioculturels très différents, il faudra veiller à vulgariser les informations des séances d'ETP.

Toujours dans le but de faciliter le dialogue et la communication lors des ateliers, l'animateur peut avoir recours à des outils pédagogiques d'animation, tels qu'utilisés dans les séances d'ETP sur la prise de poids (carte conceptuelle, jeux de rôle ...etc), ceci aura pour avantage de dynamiser les séances, de motiver les participants et de favoriser l'expression sur le ressenti des patients.

Trouver un titre accrocheur aux séances peut également avoir un impact dans la motivation des patients à y assister, tels que « Et si je comprenais mieux mon poids », ou encore « Prise de poids, chasse aux idées reçues ». Ces deux titres correspondent à des ateliers qui ont été organisés au sein de la vie la santé du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Poitiers. Lieu de référence où sont organisés plusieurs ateliers d'ETP avec des thématiques différentes.

Il existe en effet, des structures spécialisées dans l'élaboration et l'organisation d'atelier d'ETP où se trouvent des équipes pluridisciplinaires prêtes à s'engager dans l'information et la formation du patient. Certains services au sein même de CHU proposent des séances avec l'intervention d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de nutritionnistes, de médecins (notamment des endocrinologues), et de pharmaciens.

Les séances d'ETP dans la prévention de la prise de poids suite à un traitement antidépresseur pourraient s'appuyer sur les outils utilisés dans les ateliers déjà proposés mais auraient pour spécificité d'expliquer le mécanisme des traitements antidépresseurs dans la prise de poids, d'identifier s'il s'agit d'une augmentation de l'appétence ou d'une diminution de motivation et des dépenses énergétiques afin d'orienter au mieux le patient vers le professionnel de santé spécialisé dans sa prise en charge.

Les patients, lors du questionnaire, disent être motivés à se déplacer dans des centres dédiés afin d'assister à des ateliers sur la prise de poids suite au traitement antidépresseur.

C'est là que le pharmacien d'officine représente le maillon conducteur entre les patients et ces structures spécialisées en ETP. Il occupe une place centrale à travers son rôle notamment lors des dispensations de prescription d'antidépresseur.

En effet, les ateliers d'ETP sont souvent proposés dans le cadre d'une hospitalisation ou lors d'une consultation chez un médecin spécialiste. Or, les patients traités par leurs médecins généralistes ne sont souvent pas au courant que de tels ateliers sont proposés.

Le pharmacien d'officine peut donc, lors de la délivrance des traitements, promouvoir les ateliers d'ETP, notamment dans la gestion de la prise de poids et informer sur la possibilité d'apparition d'effets indésirables et sur la façon de les prévenir.

Ces effets apparaissent à partir de 3 à 4 mois, ainsi, le pharmacien d'officine peut encourager les patients à commencer les ateliers dans les premiers mois d'initiation du traitement afin d'éviter la prise de poids. Nous serions de ce fait, dans une démarche préventive avec des rencontres avec différents professionnels de santé et nous éviterions au patient tout risque d'inobservance et donc tout risque de prolonger son état dépressif.

Le pharmacien peut également inciter le patient à discuter de ces effets au médecin afin qu'il puisse éventuellement changer de molécule.

De plus, avec les renouvellements mensuels de ces molécules, le pharmacien d'officine est amené à revoir le patient et peut évaluer l'évolution et l'impact du traitement sur sa vie quotidienne.

Parmi les demandes les plus retrouvées lors du questionnaire en termes de fréquence, les patients ont opté pour un atelier à l'initiation du traitement suivi par des séances trimestrielles.

Cette organisation permettrait un suivi des modifications pondérales à certains moments clefs du traitement grâce à l'accompagnement du pharmacien d'officine. J'ai d'ailleurs pu voir à travers ces questionnaires lors du recrutement que de nombreux patients ont participé à l'étude aux vues de la confiance placée dans leurs pharmaciens habituels.

J'ai également pu, lors de ce travail de thèse, échanger avec des psychiatres du Centre Hospitalier (CH) Henri Laborit, qui sont très intéressés par cette thématique et y voient un grand avantage dans l'amélioration de la prise en charge de la prise de poids chez les patients sous antidépresseurs.

VI. Conclusion

La prise de poids provoquée par les antidépresseurs représente un problème majeur de santé publique. D'une part car elle conduit à la non-observance du traitement, et donc à des rechutes et à des hospitalisations. D'autre part, car cette prise de poids peut elle-même être à l'origine d'autres complications et pathologies métaboliques.

Lors des entretiens, j'ai pu comprendre le rapport des patients avec leurs traitements et voir que la prise d'antidépresseur reste un sujet assez sensible bien que la prévalence de la dépression soit en constante augmentation.

La réalisation d'un questionnaire, lors de ce travail de thèse, a beaucoup aidé à cibler les attentes des patients et pourrait constituer les premiers éléments pour l'organisation d'un atelier d'ETP futur.

Les patients disent être motivés pour assister à ces ateliers dans le but de prévenir ou de prendre en charge cette prise de poids qui altère leur estime de soi.

Il s'agira notamment de se rapprocher de centres spécialisés en ETP où exerce une équipe pluridisciplinaire avec des nutritionnistes, diététiciens, médecins et responsables d'APA afin de présenter au patient une prise en charge globale en adéquation avec ses habitudes de vie. De nombreux outils pédagogiques existent et ont fait leurs preuves dans la prise en charge de l'obésité notamment chez des patients sous neuroleptiques comme la schizophrénie.

A travers ce travail de thèse, j'en conclus que cette thématique a toute sa place dans la prise en charge du patient traité par antidépresseur. Nous disposons de tous les outils nécessaires afin de faciliter la vie du patient et de lui permettre une meilleure adhésion à son traitement à travers des ateliers d'ETP qui auraient pour spécificité d'expliquer le mécanisme d'action de chaque molécule et de proposer au patient une prise en charge adéquate en fonction des effets d'augmentation de l'appétence ou de diminution des dépenses énergétiques.

Le pharmacien d'officine occupe une place centrale dans cette prise en charge, car, étant en contact régulier avec le patient, notamment lors des délivrances mensuelles, il est amené à évaluer son état et à s'informer sur l'adhésion du patient à son traitement.

Il représente le maillon de la transmission d'informations entre les patients et les autres professionnels de santé et a pour rôle d'informer sur les effets indésirables et d'orienter vers les programmes d'ETP.

VII. Références bibliographiques

- [1] L. Alonso-Pedrero, M. Bes-Rastrollo, et A. Marti, « Effects of antidepressant and antipsychotic use on weight gain: A systematic review », *Obes. Rev.*, vol. 20, n° 12, p. 1680-1690, déc. 2019, doi: 10.1111/obr.12934.
- [2] T. L. Schwartz, N. Nihalani, S. Jindal, S. Virk, et N. Jones, « Psychiatric medication-induced obesity: a review », *Obes. Rev.*, vol. 5, n° 2, p. 115-121, mai 2004, doi: 10.1111/j.1467-789X.2004.00139.x.
- [3] C. Léon, « Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 / Prevalence of depressive episodes in France among 18-85 year-olds: Results from the 2021 Health Barometer survey ».
- [4] R. Gafoor, H. P. Booth, et M. C. Gulliford, « Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study », *BMJ*, p. k1951, mai 2018, doi: 10.1136/bmj.k1951.
- [5] S. B. Patten, J. V. A. Williams, D. H. Lavorato, S. Khaled, et A. G. M. Bulloch, « Weight gain in relation to major depression and antidepressant medication use », *J. Affect. Disord.*, vol. 134, n° 1-3, p. 288-293, nov. 2011, doi: 10.1016/j.jad.2011.06.027.
- [6] M. V. Prevost, « Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité et rôle du pharmacien d'officine ».
- [7] E. Masson, « Ce que pensent les patients de l'éducation thérapeutique », *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/841929/ce-que-pensent-les-patients-de-l-education-therape> (consulté le 1 avril 2023).
- [8] O. Ziegler *et al.*, « Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, Référentiel et organisation: Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins, 4 octobre 2014 », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 9, n° 4, p. 423-446, juin 2015, doi: 10.1016/S1957-2557(15)30152-8.
- [9] I. HININGER-FAVIER et P. Bonhomme, « Prise de poids iatrogène et gestion à l'officine », Faculté de Pharmacie de Grenoble, Grenoble, 2013.
- [10] B. Dominique et Julie mercier, « Schizophrénie, obésité et éducation thérapeutique », université des sciences et technologies Lille I, déc. 2014.
- [11] « Dépression : quels symptômes ? » <https://www.ameli.fr/vienne/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/symptomes-diagnostic-evolution> (consulté le 9 novembre 2022).
- [12] « Les mécanismes biologiques de la dépression », *Institut du Cerveau*. <https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/mecanismes/> (consulté le 14 novembre 2022).
- [13] « Antidépresseurs ». <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/category/antidépresseurs> (consulté le 14 novembre 2022).
- [14] « [PDF] How to Control Weight Gain When Prescribing Antidepressants: Ignoring

This Side Effect Can Increase Medical Risk, Treatment Nonadherence | Semantic Scholar ». <https://www.semanticscholar.org/paper/How-to-Control-Weight-Gain-When-Prescribing-This-Schwartz-Meszaros/e8a5d195edb7f0380404a652d1a4b77f914b6e3e> (consulté le 16 novembre 2022).

[15] O. Abosi, S. Lopes, S. Schmitz, et J. G. Fiedorowicz, « Cardiometabolic effects of psychotropic medications », *Horm. Mol. Biol. Clin. Investig.*, vol. 36, n° 1, p. 20170065, oct. 2018, doi: 10.1515/hmbci-2017-0065.

[16] A. Cooper et G. Ashcroft, « POTENTIATION OF INSULIN HYPOGLYCÆMIA BY M.A.0.1. ANTIDEPRESSANT DRUGS », *The Lancet*, vol. 287, n° 7434, p. 407-409, févr. 1966, doi: 10.1016/S0140-6736(66)91399-7.

[17] H. Gill *et al.*, « Antidepressant Medications and Weight Change: A Narrative Review », *Obesity*, vol. 28, n° 11, p. 2064-2072, nov. 2020, doi: 10.1002/oby.22969.

[18] F. Uguz, M. Sahingoz, B. Gungor, F. Aksoy, et R. Askin, « Weight gain and associated factors in patients using newer antidepressant drugs », *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 37, n° 1, p. 46-48, janv. 2015, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2014.10.011.

[19] U. Zimmermann, T. Kraus, H. Himmerich, A. Schuld, et T. Pollmächer, « Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients », *J. Psychiatr. Res.*, vol. 37, n° 3, p. 193-220, mai 2003, doi: 10.1016/S0022-3956(03)00018-9.

[20] T. G. Cantú et J. S. Korek, « Monoamine oxidase inhibitors and weight gain », *Drug Intell. Clin. Pharm.*, vol. 22, n° 10, p. 755-759, oct. 1988, doi: 10.1177/106002808802201002.

[21] F. Chiche *et al.*, « Antidepressant Phenelzine Alters Differentiation of Cultured Human and Mouse Preadipocytes », *Mol. Pharmacol.*, vol. 75, n° 5, p. 1052-1061, mai 2009, doi: 10.1124/mol.108.052563.

[22] S. Rosenzweig-Lipson *et al.*, « Differentiating antidepressants of the future: Efficacy and safety », *Pharmacol. Ther.*, vol. 113, n° 1, p. 134-153, janv. 2007, doi: 10.1016/j.pharmthera.2006.07.002.

[23] M. Baudrant-Boga, A. Lehmann, et B. Allenet, « Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 70, n° 1, p. 15-25, janv. 2012, doi: 10.1016/j.pharma.2011.10.003.

[24] « Education thérapeutique du patient (ETP) », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp (consulté le 18 novembre 2022).

[25] C. Boegner, « Conception et test d'un outil d'auto-questionnement du patient obèse dans un programme en développement d'éducation thérapeutique », Université de Genève, Genève, 2012.

[26] I. Bouti, « Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine », p.166, Mai 2017.

- [27] S. Gaillard, V. Barthassat, Z. Pataky, et A. Golay, « Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses », p. 4, mars 2011.
- [28] G. Lager, Z. Pataky, et A. Golay, « Efficacité de l'éducation thérapeutique », *Rev. Médicale Suisse*, 2009.
- [29] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, et P. Imbert, « Introduction à la recherche qualitative », vol. 19, p. 4.
- [30] « (Pdf) Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? » https://www.researchgate.net/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide (consulté le 18 novembre 2022).
- [31] « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication - Recherche Google ». <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=La+recherche+qualitative+%3A+un+autre+principe+d%E2%80%99action+et+de+communication> (consulté le 18 novembre 2022).
- [32] A. Demoncey, « La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien », *Kinésithérapie Rev.*, vol. 16, n° 180, p. 32-37, déc. 2016, doi: 10.1016/j.kine.2016.07.004.
- [33] C. Baribeau et C. Royer, « L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation », *Rev. Sci. L'éducation*, vol. 38, n° 1, p. 23-45, juin 2013, doi: 10.7202/1016748ar.
- [34] G. Claude, « L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples », *Scribbr*, 25 octobre 2019. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/> (consulté le 20 novembre 2022).
- [35] T. D. S. Pol, « Obésité et milieux sociaux en France: les inégalités augmentent », p.175-179, mai 2008. halshs-00278898
- [36] T. De saint Pol et Insee, « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », Février 2007.

VIII. Annexes

A. Formulaire d'information relatif au questionnaire du travail de thèse



Mme BEUZIT Karine, Mr DUPUIS Antoine, Mme TAZDAIT Wyssem

Formulaire d'information relatif au questionnaire proposé dans le cadre d'une thèse de doctorat en pharmacie

But de la recherche :

Le but de cette étude est de déterminer la pertinence d'un atelier d'éducation thérapeutique chez les personnes recevant un traitement antidépresseur, et ce, afin de prévenir l'apparition d'un effet indésirable provoqué par ces molécules qu'est la prise de poids.

Suis-je obligé de participer ?

Vous êtes libres de décider de participer ou non.

Si vous nous autorisez à étudier votre dossier médical, il s'agira simplement d'exprimer votre non-opposition au professionnel responsable de l'étude.

Puis-je me rétracter à tout moment ?

Vous pouvez décider de ne plus participer à tout moment sans obligation de motif justificatif.

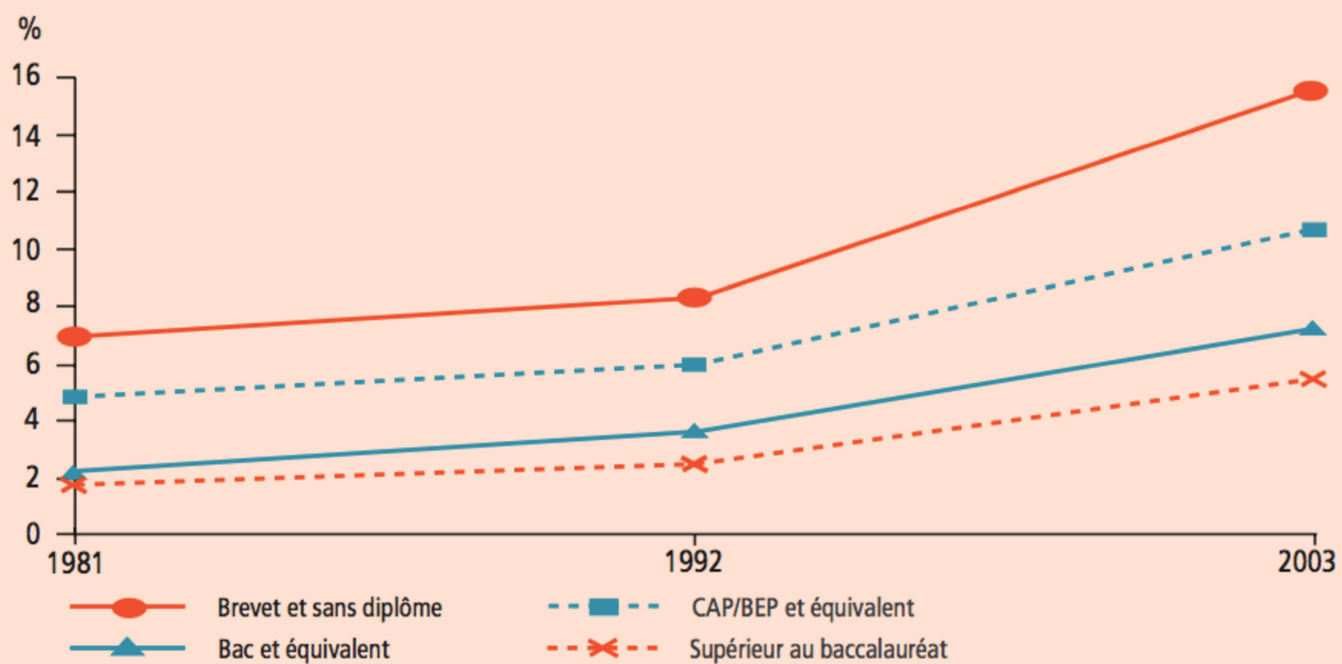
Ma participation restera-t-elle confidentielle ?

Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles et seront utilisées uniquement à des buts de recherche scientifique pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Les seules personnes ayant accès à vos documents sont tenues au secret professionnel.

Je soussigné(e)....., certifie avoir informé le patient
Mr/Mme, du recueil de ses données médicales dans le
cadre d'un travail de thèse de doctorat en pharmacie et de lui avoir remis une fiche
d'information détaillée à ce sujet.

B. Prévalence de l'obésité selon le niveau d'étude



Lecture : en 1981, 6,9 % des individus sans diplôme ou ayant au plus un brevet étaient d'une corpulence supérieure à 30 kg/m^2 , correspondant au seuil de l'obésité pour l'OMS.

Source : enquêtes Santé, Insee.

C. Groupes et catégories socioprofessionnelles

Pour les groupes et catégories socioprofessionnels (niveaux 1 et 2), sont proposés à la fois des intitulés longs (Tableau 1) et des intitulés courts (Tableau 2), qui permettent une lecture plus fluide des tableaux et graphiques utilisant la PCS 2020, tout en conservant une harmonisation des usages de la nomenclature. Dans cette nomenclature d'usage, la formulation inclusive n'est pas conservée.

Tableau 1. Groupes et catégories socioprofessionnels de la PCS 2020

Groupes socioprofessionnels	Catégories socioprofessionnelles
1. Agriculteurs exploitants / Agricultrices exploitantes	10. Exploitants / Exploitantes de l'agriculture, sylviculture, pêche et aquaculture
2. Artisans / Artisanes, commerçants / commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise	21. Artisans / Artisanes
	22. Commerçants / Commerçantes et assimilés
	23. Chefs / Cheffes d'entreprise de plus de 10 personnes
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	31. Professions libérales
	33. Cadres administratifs et techniques de la fonction publique
	34. Professeurs / Professeures et professions scientifiques supérieures
	35. Professions de l'information, de l'art et des spectacles
	37. Cadres des services administratifs et commerciaux d'entreprise
	38. Ingénieurs / Ingénieures et cadres techniques d'entreprise
4. Professions intermédiaires	42. Professions de l'enseignement primaire et professionnel, de la formation continue et du sport
	43. Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44. Ministres du culte et religieux consacrés / religieuses consacrées
	45. Professions intermédiaires de la fonction publique (administration, sécurité)
	46. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47. Techniciens / Techniciennes
	48. Agents / Agentes de maîtrise (hors maîtrise administrative)
5. Employés / Employées	52. Employés administratifs / Employées administratives de la fonction publique, agents / agentes de service et auxiliaires de santé
	53. Policiers, militaires, pompiers, agents de sécurité privée / Policières, militaires, agentes de sécurité privée
	54. Employés administratifs / Employées administratives d'entreprise
	55. Employés / Employées de commerce
	56. Personnels des services directs aux particuliers
6. Ouvriers / Ouvrières	62. Ouvriers qualifiés / Ouvrières qualifiées de type industriel
	63. Ouvriers qualifiés / Ouvrières qualifiées de type artisanal
	64. Conducteurs / Conductrices de véhicules de transport, chauffeurs-livreurs / chauffeuses-livreuses, coursiers / coursières
	65. Conducteurs / Conductrices d'engins, caristes, magasiniers / magasinnières et ouvriers / ouvrières du transport (non routier)
	67. Ouvriers peu qualifiés / Ouvrières peu qualifiées de type industriel
	68. Ouvriers peu qualifiés / Ouvrières peu qualifiées de type artisanal
	69. Ouvriers / Ouvrières agricoles, des travaux forestiers, de la pêche et de l'aquaculture

D. Caractéristiques des patients ayant participé à l'enquête

Patients	Âge (ans)	Sexe	Profession	ATCD médicaux	TTT ATD	Molécule	Prise depuis	EI	Si oui	Combien de Kg pris	En combien de temps	Parlé à PS	Si oui	Changement de molécule	Si oui	Difficulté à prendre ttt	Si question	Connaissance ETP	Intérêt ETP	Fréquence ETP
1	49	F	catégorie 4	Cardiaques	ISRS	Escitaloprame	3 ans	Non	/	5 Kg	6 mois	Non		Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	Début ttt + suivi
2	61	F	catégorie 4	Cardiaques	ISRS	Escitaloprame	10 ans	Oui	Nausées	8 Kg	12 mois	Oui	Médecin	Oui	Paroxetine	Oui	Médecin	Non	Oui	Chaque trimestre
3	37	H	catégorie 4	Aucun	ISRS	Sertraline	7 ans	Non	/	7 Kg	13 mois	Non	Pharmacien	Non		Non	Médecin	Non	Oui	A chaque nouveau ttt
4	53	F	catégorie 2	HTA	ISRS	Paroxetine	4 ans	Oui	Nausées, Fatigue	4Kg	8 mois	Oui	Médecin	Non		Oui	Médecin	Oui	Oui	2 fois par an
5	32	F	catégorie 6	Aucun	ISRS	Paroxetine	5 mois	Non	/	3 kg	4 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Médecin	Non	Oui	À l'initiation du ttt
6	24	F	catégorie 4	Aucun	ATC	Amitriptyline	1 an	Non	/	5 Kg	3 mois	Non		Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	Tous les 5 mois
7	53	H	catégorie 4	HTA	ISRS	Paroxetine	3 ans	Non	/	8 Kg	12 mois	Non		Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	Chaque trimestre
8	58	F	catégorie 5	Thyroïdiens	ISRS	Paroxetine	7 ans	Oui	Nausées	7 Kg	4 mois	Oui	Médecin	Non		Oui	Médecin	Non	Oui	Chaque trimestre
9	47	H	catégorie 3	Aucun	ISRS	Escitaloprame	3 ans	Non	/	5 kg	6 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	Chaque trimestre
10	22	H	catégorie 5	Aucun	ATC	Amitriptyline	6 mois	Oui	Vertiges, Fatigue	4 Kg	3 mois	Oui	Pharmacien	Oui	Venlafaxine	Oui	Médecin	Non	Oui	A chaque nouveau ttt
11	35	F	catégorie 1	Aucun	ISRS	Paroxetine	2 ans	Oui	Nausées	2 Kg	2 mois	Oui	Médecin	Non		Oui	Pharmacien	Non	Oui	2 fois par an
12	42	F	catégorie 5	Psychiatriques	Atypiques	Miansérine	7 mois	Non	/	4 Kg	3 mois	Non		Oui	Paroxetine	Non	Pharmacien	Non	Oui	Au début du ttt
13	37	H	catégorie 3	Aucun	Atypiques	Miansérine	2 ans	Non	/	6 Kg	7 mois	Oui	Médecin	Non		Oui	Médecin	Non	Non	
14	17	F	Etudiant	Aucun	ISRS	Sertraline	2 ans	Non	/	20 kg	12 mois	Oui	Médecin	Oui	Fluoxetine	Oui	Médecin	Non	Oui	en début de ttt
15	40	H	catégorie 3	HTA	ISRS	Escitaloprame	5 ans	Oui	Vertige	9 Kg	14 mois	Oui	Pharmacien	Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	2 fois par an
16	43	H	catégorie 2	Gastriques	Atypiques	Mirtazapine	3 ans	Non	/	8 Kg	9 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	En début de ttt
17	41	F	catégorie 5	Pulmonaires	Atypiques	Miansérine	5 ans	Non	/	4 Kg	5 mois	Non		Non		Non	Médecin	Non	Oui	1 fois par mois
18	76	H	catégorie 7	HBP	ISRS	Sertraline	8 ans	Oui	Fatigue	6 Kg	5 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Médecin	Non	Oui	1 fois par mois pdnt 3 mois
19	54	H	catégorie 5	Cardiaques	ISRS	Fluoxetine	1 an	Non	/	10 kg	4 mois	Non		Non		Oui	Pharmacien	Non	Oui	1 fois par mois
20	57	H	catégorie 2	Cardiaques	ISRS	Paroxetine	4 ans	Oui	Vertige	7 Kg	4 mois	Non	Pharmacien	Non		Non	Médecin	Oui	Oui	1 fois par an
21	59	F	catégorie 5	Cardiaques	IRSN	Venlafaxine	10 ans	Non	Vertiges + Décharge si oublie	9 Kg	12 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	2 fois par an
22	17	H	Etudiant	Aucun	ISRS	Sertraline	2 ans	Oui	Somnolence	4 Kg	2 mois	Oui	Médecin	Non		Oui	Médecin	Non	Oui	3 fois par an
23	27	F	catégorie 3	Aucun	ISRS	Sertraline	5 ans	Non	/	5 kg	3 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Médecin	Non	Oui	En début de ttt
24	32	F	catégorie 3	Aucun	ISRS	Paroxetine	5 ans	Oui	Fatigue	10 kg	10 mois	Non		Non		Non	Médecin	Non	Oui	1 fois par mois
25	17	H	Etudiant	Aucun	Atypiques	Mirtazapine	2 ans	Non	/	6 Kg	6 mois	Non		Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	Chaque trimestre trimestres
26	27	F	catégorie 5	Aucun	IRSN	Venlafaxine	4 ans	Non	/	4 Kg	5 mois	Non	Médecin	Non		Non	Médecin	Non	Oui	1 fois par mois
27	53	F	catégorie 3	HTA	ISRS	Paroxetine	10 ans	Non	Irritabilité	9 Kg	7 mois	Non	Pharmacien	Non		Non	Pharmacien	Non	Oui	1 fois par an
28	33	H	catégorie 1	Aucun	IRSN	Duloxetine	3 ans	Non	/	5 Kg	4 mois	Oui	Médecin	Non		Non	Médecin	Non	Oui	En début de ttt
29	53	F	catégorie 2	Cardiaques	ISRS	Escitaloprame	5 ans	Non	/	4 Kg	4 mois	Non		Non		Oui	Médecin	Non	Oui	Chaque trimestre
30	31	H	catégorie 4	Aucun	IRSN	Venlafaxine	4 ans	Oui	Décharge si oublie	5 Kg	3 mois	Oui	Médecin	Oui	Fluoxetine	Non	Médecin	Oui	Non	

N	Moyenne d'âge	Sex Ratio					Effets indésirables		Moyenne	Avoir parlé à PS	Changement de molécule		Difficulté à prendre ttt	Si question	Connaître ETP	Intérêt ETP	Fréquence ETP
31	40.90	0.53					36.67%		6.4	70 % Oui	16,67 % Oui		33,33 % Oui	60% Médecin	10% Oui	93,33 % Oui	30 % à l'initiation du ttt
										30% Non	83,33 % Non		66,67 % Non	40 % Pharmacien	90% Non	6,67% Non	26,67 % Chaque trimestre
																	13,33 % deux fois/an
																	6,67 % une fois/ an
																	13,33 % une fois/mois
																	3,33 % une fois/mois pdt 3 mois
																	6,67 Pas intéressés

IX. Résumé et mots clefs

Titre : Antidépresseurs et prise de poids. Intérêt d'un atelier d'éducation thérapeutique et premiers éléments d'organisation

Introduction : La prise de poids est largement connue comme un effet indésirable provoqué par l'utilisation d'antidépresseurs. (1) (2) La prise de poids associée aux antidépresseurs entraîne de multiples risques supplémentaires pour la santé et conduit également à une non-observance du traitement, ce qui contribue à des rechutes et à des hospitalisations. (4) Les ateliers d'ETP ont fait leurs preuves dans la prise en charge de la prise de poids et il existe des programmes développés pour certaines pathologies provoquant ces modifications pondérales comme avec les traitements de la schizophrénie (24). Par contre aucune étude ne s'est, à ce jour, intéressée à la prévention de la prise de poids chez les patients sous antidépresseurs. Ce travail de thèse a donc pour objectif d'étudier l'intérêt des patients dans l'élaboration d'un programme d'ETP et d'établir les premiers éléments de son organisation.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à travers un questionnaire. Afin de récolter auprès de patients ayant pris de poids suite à leur traitement antidépresseur, leur intérêt et leurs attentes quant à l'élaboration d'un atelier d'éducation thérapeutique visant à prévenir ces effets.

Résultats et discussion : Les patients disent être préoccupés par leur prise de poids et n'ont jamais entendu parler d'ETP. Après explication, ces derniers affirment être motivés pour assister à des ateliers visant à prévenir les effets de prise de poids et sont prêts à se déplacer dans des structures spécialisées qui les proposent. Plusieurs éléments sont à prendre en compte dans l'organisation d'un atelier d'ETP futur, notamment l'existence d'un certain tabou autour des antidépresseurs nécessitant une adaptation du vocabulaire de la part de l'animateur des ateliers, et certaines demandes spécifiques en lien avec les antidépresseurs notamment la compréhension des mécanismes d'action et l'accompagnement dans les modifications des habitudes de vies afin qu'elles soient en adéquation avec leur traitement.

Conclusion : La motivation des patients sous traitement antidépresseur à assister à des ateliers sur la prise de poids induite par leur traitement ne fait aucun doute.

Il serait donc intéressant d'organiser ce type d'atelier dans des structures dédiées à l'ETP où le personnel est déjà formé et où une équipe pluridisciplinaire répondra présente aux différentes attentes des patients. Pour cela, les réponses des patients au questionnaire pourraient constituer une trame à suivre dans les objectifs à atteindre lors de ces ateliers. Par ailleurs, le pharmacien d'officine occupe une place fondamentale car il est au carrefour de la chaîne de soin.

Mots clefs : Antidépresseurs- prise de poids- Éducation thérapeutique- Prévention.

Serment de Galien



Faculté de Médecine et Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

Je honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

Je exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

Je ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

Je ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

Je faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

Je coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Signature de l'étudiant

Nom :

Prénom :

du Président du jury

Nom :

Prénom :